



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

“Regulação afetiva na toxicodependência: impacto da inteligência emocional e alexitimia no grau de dependência de substâncias”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e Saúde**.

Ana Sofia Fernandes Silva



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

**“Regulação afetiva na toxicodependência: impacto da
inteligência emocional e alexitimia no grau de dependência
de substâncias”**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e Saúde**.

Ana Sofia Fernandes Silva

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012

Agradecimentos

Apesar do carácter individual próprio a este tipo de trabalhos agradeço o apoio e encorajamento, a partilha de conhecimento, disponibilidade, o esforço e a dedicação de várias pessoas, sem as quais, o caminho teria seria muito mais árduo e difícil. Deste modo, gostaria de expressar um profundo agradecimento.

À Professora Doutora Eleonora Cunha enquanto orientadora do presente trabalho, pelo apoio e disponibilidade, pelos ensinamentos e pertinência das observações indispensáveis à sua realização.

Ao Professor Doutor Ramiro Veríssimo pela disponibilidade demonstrada e pela partilha de conhecimentos.

À equipa de rua e centro de acolhimento da Cruz Vermelha Portuguesa de Braga, pela disponibilidade e apoio com que me receberam e que sempre me apoiaram na recolha de dados.

Aos entrevistados, que concordaram em participar desta pesquisa e pacientemente responderam aos questionários. Espero que, de alguma forma, os resultados desta investigação possam recompensa-los, servindo de contribuição para uma melhoria no auxílio da sua problemática.

Resumo

Esta investigação propôs-se determinar a influência de algumas características psicológicas (alexitimia e inteligência emocional) no grau de envolvimento com drogas, servindo-se de um estudo comparativo entre consumidores e não consumidores, tendo em vista contribuir para um melhor conhecimento e compreensão dos fatores que podem estar na base do referido consumo bem como da sua severidade. Com uma amostra de 60 sujeitos, 30 consumidores e não consumidores, procedeu-se à realização de um estudo descritivo-correlacional, utilizando como instrumentos de colheita de dados o Dast (*Drug Abuse Screening Test*), a Escala de Inteligência Emocional - EIS e a escala de alexitimia de Toronto (TAS-20), além de um questionário sociodemográfico. De seguida, procedemos à análise das relações entre as respetivas variáveis. Ao nível das hipóteses procurou estudar-se as diferenças de inteligência emocional e alexitimia em consumidores e não-consumidores, bem como a sua relação com a gravidade do consumo. Os resultados da nossa investigação indicam que a alexitimia apresenta níveis superiores no grupo de consumidores em comparação com o grupo de não consumidores. Quanto aos níveis de inteligência emocional os resultados não foram conclusivos, apresentando médias superiores de inteligência emocional no grupo de não consumidores, mas não sendo resultados significativos, de igual modo a sua relação com a gravidade de substâncias não nos permitiu um resultado conclusivo. Concluímos a nossa investigação com uma interpretação destes resultados.

Palavras-Chave: regulação emocional, toxicodependência, inteligência emocional, alexitimia, grau de dependência

Abstract

This research set out to determine the influence of some psychological traits (alexithymia and emotional intelligence) in the degree of involvement with drugs, making use of a comparative study between consumers and non-consumers, in order to contribute to a better knowledge and understanding of the factors which can be the basis of said consumption as well as its severity. With a sample of 60 subjects, 30 consumers and non-consumers, proceeded to the completion of a descriptive-correlational study, using as instruments of data collection the Dast (Drug Abuse Screening Test), the Emotional Intelligence Scale - EIS and scale of Toronto alexithymia (TAS-20), and a sociodemographic questionnaire. Next, we analyzed the relationship between the respective variables. In the cases sought to study the differences in emotional intelligence and alexithymia in consumers and non-consumers, as well as its relationship with the severity of consumption. The results of our research indicate that higher levels alexithymia present in consumer panel compared with the group of non-users. Regarding the levels of emotional intelligence results were inconclusive, showing higher mean emotional intelligence in the group of non-consumers, but not being significant results, similarly to its relationship with the severity of substances not allowed in a conclusive result. We conclude our investigation with an interpretation of these results.

Keywords: emotional regulation, substance abuse, emotional intelligence, alexithymia, degree of dependence

Acrónimos

EIS – Escala de Inteligência emocional

TAS – Escala de alexitimia de Toronto

DAST – Drug abusing screening test

EI – Inteligência emocional

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Acrónimos.....	v
Introdução	7
Parte I – Enquadramento Teórico.....	9
Capítulo 1 – Toxicodependência.....	9
1.1 Alguns aspectos históricos do consumo de drogas	9
1.2 Caracterização clínica do toxicodependente.....	11
1.3 Impacto dos diferentes tipos de drogas	13
1.4 Prevalência do consumo de drogas em Portugal e no Mundo	14
Capítulo 2 – Inteligência Emocional	15
2.1 Conceptualização e evolução histórica do constructo da inteligência emocional	15
2.2 Capacidades da inteligência emocional	18
Capítulo 3 - Alexitimia	20
3.1 Conceptualização e evolução histórica do constructo da alexitimia.....	20
3.2 Alexitimia Primária e secundária.....	22
Capítulo 4 – Inteligência Emocional e Alexitimia relacionados com o consumo de drogas ...	23
4.1 Relação entre Inteligência Emocional e Alexitimia	23
Parte II – Metodologia.....	26
Capítulo 5 – Conceptualização da Investigação.....	26
5.3 Design de estudo.....	27
5.4 Amostra	28
5.6 Procedimento	28
5.7 Instrumentos	29
5.7.1. Questionário sociodemográfico	29
5.7.2. DAST _ Drug abuse Screening Test	29
5.7.3. Escala de Inteligência Emocional (EIS)	30
5.7.4 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).....	31
5.8 Análise de dados	33
6 – Apresentação de resultados	34
6.1 Teste de hipóteses	35

6.2 Análises Exploratórias	39
7. Discussão de resultados	41
Teste de hipóteses.....	41
Conclusões e implicações para o futuro	45
Limitações.....	47
Bibliografia	49
Anexos	56

Índice de quadros

Quadro 1- Médias e desvio-padrão de inteligência emocional no grupo de consumidores e não consumidores (n=60)	35
Quadro 2 – Teste de Mann Whitney-U para comparação entre grupos em relação aos níveis de IE (n=60).....	36
Quadro 3 – Médias e desvios-padrão de alexitimia no grupo de consumidores e não consumidores (N=60).....	37
Quadro 4 – Resultados Teste Mann Whitney-U para comparação entre grupos em relação aos níveis médios de alexitimia (N=60)	37
Quadro 5- Correlações de Spearman entre o grau de severidade da dependência e os níveis de inteligência emocional (n=30)	38
Quadro 6 - Correlações de Spearman entre o grau de severidade da dependência e os níveis de alexitimia (n=30)	39
Quadro 7 – Resultados teste de Spearman de relação entre variáveis sociodemográficas e inteligência emocional (N=60).....	40

Anexos

Anexo I – Pedido de autorização instituição
Anexo II – Consentimento informado ao utente
Anexo III – Informação e questionário de caracterização sociodemográfica
Anexo IV – Alfa de Cronbach DAST
Anexo V - Alfa de Cronbach EIS
Anexo VI - Alfa de Cronbach TAS
Anexo VII – Caracterização sociodemográfica da amostra
Anexo VIII – Autorização da utilização das escala

Introdução

O problema do consumo excessivo de substâncias psicoativas é significativo, em termos de saúde pública e sob vários outros aspectos. Segundo o IDT (2010), em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de drogas teve um aumento exponencial nas últimas épocas, que tem originado graves repercussões ao nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral, revelando-se assim uma das grandes áreas de problematização com que a sociedade actual é confrontada. A relação do homem com as substâncias psicoactivas é bastante antiga, sendo que estas estão presentes no tempo ininterruptamente, envolvendo não somente a medicina e ciência, como também magia, religião, cultura, festas e diversão.

Para a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda a substância que, quando introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC). Já em 1930, Freud, considerava o papel das emoções no desenvolvimento da dependência de substâncias psicotrópicas, propondo que estas operam como uma tentativa de o sujeito se afastar de um ambiente assustador, de dor ou decepção. Este refere que *"A vida, como a encontramos, é muito difícil para nós, que nos traz muitas dores, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-lo não podemos dispensar as medidas paliativas. (...) Há talvez três medidas desse tipo: deflexões poderosas, que nos levam a fazer luz da nossa miséria; satisfações substitutivas, que a diminuem, e as substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela"* (Freud, 1930, p. 75 cit in Kun & Demetrovics, 2010).

Mais tarde, McDougall em 1984, também sublinhou a importância de emoções no caso de pessoas com transtornos aditivos. Este identificou o uso das substâncias como uma forma compulsiva de canalizar estas emoções. Assim, na maioria das teorias de orientação psicanalítica, o uso de substâncias está presente como um instrumento usado para regular as emoções. Para estes as drogas são escolhidas de acordo com as características dos sujeitos, sendo que as pessoas caracterizadas por tendências agressivas em que as emoções extravasam e possuem reduzidas capacidades de gestão de stresse tem tendência a escolher os opiáceos, por sua vez os sujeitos caracterizados por agressão reprimida, sentimentos de vazio, e com tendência à depressão, auto-avaliação, e dificuldades com a expressão de emoções preferem drogas estimulantes.

Como podemos constatar, as emoções tem assim um grande impacto na adição de substâncias, e défices ao nível de gestão de emoções e dificuldades a este nível podem

conduzir à dependência. A inteligência emocional é agora um termo bastante em voga que pode ser explicativo da tendência à adição de substâncias, referindo-se à capacidade ou incapacidade de cada pessoa compreender e lidar com seus sentimentos de uma forma adaptativa e madura. A inteligência emocional surge assim como um conceito dimensional contemplando "um conjunto de competências envolvidas na avaliação, expressão e regulação da emoção no próprio e nos outros, bem como a utilização dos sentimentos como guia para os próprios pensamentos e ações" (Taylor, Bagby & Parker, 1997). A Alexitimia, termo empregado no diagnóstico clínico de sujeitos com salientada dificuldade ou incapacidade para exprimir emoções e significa "sem palavras para as emoções" (Carneiro & Yoshida, 2009), é assim considerada como um factor que contribui para o desenvolvimento, manutenção e agravamento de vários problemas médicos e psiquiátricos. Os problemas incluem ansiedade, humor, perturbações alimentares, e transtornos relacionados com o uso de substância, dor crónica, hipertensão arterial, e muitos outros distúrbios (De Gucht & Heiser, 2003; Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Taylor et al, 1997 *cit in* Thingujam, 2008). Segundo Thingujam (2008), a realização de pesquisas clínicas futuras sobre a inteligência emocional, agrupando medir a capacidade de inteligência emocional e alexitimia, pode fornecer uma nova visão na compreensão de problemas de saúde mental e física, que estão correlacionados com alexitimia (Thingujam, 2008).

Assim, tendo em conta todos estes dados o que se procurará fazer é comparar se indivíduos consumidores de drogas apresentarão, em termos médios, níveis inferiores de inteligência emocional e superiores de alexitimia quando comparados com indivíduos não consumidores, com o objectivo de perceber se estes dois factores se encontram envolvidos na origem dos consumos bem como de que forma podem estar relacionados com a severidade da dependência, numa tentativa de elucidar futuras formas de tratamento e prevenção, a fim de que, adquirindo mais conhecimento sobre a perturbação, as acções possam ser tomadas para aliviar os problemas das pessoas que possuem a perturbação. Durante as últimas duas décadas tem havido uma série de trabalhos sobre a inteligência emocional em todo o mundo, na pesquisa bibliográfica realizada, poucos estudos foram encontrados que especificamente tenham investigado a relação entre variáveis psicológicas, mais concretamente entre a alexitimia e a inteligência emocional em dependentes químicos. Assim, a ausência de estudos acerca desta problemática em Portugal, as múltiplas questões levantadas por recentes estudos internacionais, bem como o aumento da prevalência da problemática e as profundas alterações nos modelos de toxicodependência, justificam a escolha deste tema.

No que reporta à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em duas partes principais, a primeira de cariz mais teórico e a segunda de cariz mais empírico. A primeira parte engloba um capítulo sobre a problemática do consumo de drogas, e outros três sobre diferentes contributos teóricos pertinentes para esta investigação, a inteligência emocional, alexitimia e por fim sobre a relação das duas variáveis com o consumo de drogas. A segunda parte compreende um capítulo sobre o percurso metodológico escolhido, e outro sobre a apresentação e discussão dos dados obtidos.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Toxicodependência

1.1 Alguns aspectos históricos do consumo de drogas

O uso de drogas na sociedade perde-se na memória dos tempos, existindo desde sempre um leque extremamente alargado de substâncias com poder psicoativo na natureza. Evidências antropológicas indicam que os seres humanos têm vindo a utilizar substâncias psicoactivas desde há muitos séculos. A mais antiga utilização de substâncias alteradoras parece remontar a cerca de 5000 A.C, sendo essencialmente o cannabis ou cânhamo as substâncias consumidas (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000). À medida que as sociedades foram evoluindo o leque de substâncias com estas características também foi aumentando. Desta forma, o consumo de substâncias psicoactivas é um fenómeno bastante antigo que acompanha a humanidade em diversos períodos de sua história, variando apenas segundo normas relativas a cada cultura e a cada época.

Em 1971, a Organização Mundial da Saúde, descreve droga como qualquer substância que não é produzida pelo organismo, natural ou sintética que, ao ser fumada, inalada, ingerida ou injectada tem a propriedade de actuar sobre um ou mais dos seus sistemas, produzindo assim alterações no seu funcionamento. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas, bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos, bem como igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), ecstasy, opiáceos, entre outras.

Para a Organização Mundial de Saúde (1997), este uso de substâncias psicoactivas pode levar à síndrome de dependência, que se caracteriza por um aglomerado de factores comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após um repetido uso da substância e que geralmente incluem um forte desejo de consumir, tendo dificuldades em

controlar o seu uso, e persistindo nele, apesar das consequências nocivas. Sendo também caracterizada por uma maior prioridade dada ao uso de drogas do que outras actividades e obrigações, a um aumento da tolerância, e por vezes um estado de abstinência física.

Segundo Poiares (1999), antigos textos literários e religiosos revelam que os seres humanos em diferentes épocas e lugares, usaram e abusaram propositadamente, de substâncias capazes de modificar o funcionamento do sistema nervoso, induzindo sensações corporais e estados psicológicos alterados. Analogamente Silva (2002), revela que ao longo da história, os homens utilizaram produtos naturais para obter um estado alterado de consciência, sendo que recorriam a estes produtos em vários contextos, quer no religioso, místico, social, económico, medicinal, cultural, psicológico, militar e principalmente na procura do prazer. Esta alteração do estado de consciência tinha por objectivo facultar uma melhor ligação com o sobrenatural/divino, por exemplo o álcool que era usado para favorecer o contato com os deuses.

O período em que se intensificou o consumo de drogas psicoativas tomando proporções preocupantes, remonta à Idade Moderna, para o qual contribuíram factores como as grandes navegações e a Revolução Industrial - Capitalismo (dominação e exploração), que propiciou a concentração urbana e a produção de bebidas passou a ser industrializada, aumentando o consumo de álcool e com a intensificação do contato com outros continentes e países facilitou o intercâmbio de outras drogas (Fernandez, 1999). No final do século XIX há um grande consumo de ópio, álcool, cigarro, xarope de coco e tem início o uso de medicação injectável. No século XX ocorrem duas guerras mundiais que incrementam o uso de anfetaminas para aumentar o rendimento dos soldados e da morfina para aliviar a dor dos feridos, sendo que os sobreviventes retornavam trazendo esta prática com outra intencionalidade, ou seja, a procura do prazer (Santa Catarina, 2002).

Assim, desde as épocas mais remotas que o homem procura em determinadas substâncias oferecidas pela natureza (álcool, tabaco, chá, café e plantas de todas as espécies), formas de alívio e cura do sofrimento físico, desinibição, revigoramento das energias para o trabalho e para a guerra e a aproximação mística às entidades divinas. O recurso às drogas possui ancestrais raízes históricas e culturais, que atravessam todos os períodos da história das civilizações (Poiares, 1999), desde a pré-história, que o ser humano recorre ao uso de substâncias psicoativas para variadas finalidades (Macrae, 2001). Sob o mesmo ponto de vista, Silva (2002) revela que estas experiências passavam de uma geração à outra, como um conhecimento a ser preservado e como forma de poder. Na cultura grega e romana, o uso de bebidas alcoólicas, que já era de domínio destas culturas, estava identificado com rituais

religiosos, porém o seu consumo era também para alterar o estado de consciência. No período medieval, durante a ascendência e poder da igreja, muitas pessoas por conhecerem os efeitos psicoativos de plantas foram mortas pela inquisição, para não colocar em risco o poder dominante da época. O uso de substâncias psicoativas, com exceção do álcool era restrito e combatido (Silva, 2002)

Em suma, seja por motivos de cura, religiosos, recreativos ou até existenciais, as drogas acompanham desde sempre a história da humanidade, sendo uma presença contínua, envolvendo religião, magia, cultura, diversão e o prazer (Seibel e Toscano Jr., 2001). Desta forma torna-se evidente que a história das drogas se encontra bastante enraizada na sociedade, modificando-se de cultura para cultura, e ao longo dos tempos nota-se que o consumo de drogas tem vindo a percorrer um caminho social polémico, sendo usada como alterador ou com fins curativos, torna-se também evidente que a relação entre o indivíduo, a sociedade e o fenómeno das drogas tem trespassado toda a existência da humanidade.

1.2 Caracterização clínica do toxicodependente

Segundo Koob e Le Moal (2008), a toxicodependência, é caracterizada como o uso compulsivo de drogas, que poderá ser determinada por uma dependência psicológica (associada a distúrbios emocionais, de vinculação, de identidade), mas igualmente por uma dependência física, com significativa desregulação do sistema neurológico. Assim, as consequências do consumo podem, estender-se a consequências neurológicas, como lesões associadas ao consumo, mas também consequências neuroquímicas específicas, que incluem, por exemplo, a diminuição de neurotransmissores, como a dopamina (Koob & Moal, 2008).

Segundo Murad (1998), a OMS em 1970 definiu a dependência como um estado do organismo oriundo do uso, quer periódico quer contínuo de certas drogas, que se traduzem num desejo físico e psicológico do seu uso. Numa revisão mais recente a OMS (1997) define o conceito de dependência como sendo um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de consumir droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente. O diagnóstico de dependência de substâncias, segundo critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 2002) pode ser aplicado a toda classe de substâncias, à excepção da cafeína. Esta surge caracterizada como tratando-se essencialmente de um

conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. A definição de dependência precisa de uma série de sintomas, entre os quais se destaca a tolerância e a abstinência, ainda que estas não sejam condições necessárias nem suficientes para diagnosticar uma dependência de substâncias. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas. Destacam-se assim três relevantes concepções abrangidas pela aceção de dependência proposta pela APA, que indicariam para a junção de aspectos afectivos envolvidos na origem do uso abusivo de drogas, sendo estes a ambivalência (utilização da droga, apesar dos problemas relacionados ao uso da substância); a compulsão (o comportamento de procura ativa e incontrolável da droga) e o seu carácter repetitivo (de certa forma ritualístico).

A OMS (1997) traça diretivas para a realização do diagnóstico, como o forte desejo ou compulsão para usar a substância, dificuldade em controlar o consumo da substância, em termos de início, término e quantidade, presença da síndrome de abstinência ou uso da substância para evitar o aparecimento da mesma, presença de tolerância, evidenciada pela necessidade de aumentar a quantidade para obter o mesmo efeito anterior, abandono progressivo de outros interesses ou prazeres em prol do uso da substância, e persistência no uso, apesar das diversas consequências nocivas. Este diagnóstico apenas pode ser realizado caso preencha três ou mais critérios durante o ultimo ano.

De acordo com a CID-10 (OMS,1997) a toxicodependência é indicada como uma doença incurável e progressiva, apesar de poder ser imobilizada pela abstinência. Segundo este manual, a dependência é caracterizada por um *“conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoactiva, tipicamente associado ao desejo poderoso de consumir droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras actividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoactiva específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoactivas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes”*.

Segundo Cervila (1999), o decurso da dependência varia segundo o tipo de substância, a via de administração e outros factores; mas habitualmente é crónico, com períodos de

agudização e remissão parcial ou total. Desta forma para a existência da dependência, seriam então necessários a droga, o ambiente e as condições de personalidade do dependente. Assim sendo, para a existência da dependência química destaca-se a presença de outras possíveis perturbações psiquiátricas prévias ao início do comportamento aditivo.

1.3 Impacto dos diferentes tipos de drogas

O consumo de drogas corresponde a um fenómeno impregnado de aspectos culturais, sociais, de saúde individual e colectiva. O abuso de substâncias tem implicações bastante significativas em diferentes áreas. Estas implicações traduzem-se em diversos níveis, para a investigação sobre o funcionamento cerebral, à psiquiatria, e à psicologia clínica.

As drogas atuam sobre o organismo de diversas formas e em diferentes sistemas do funcionamento normal do nosso organismo. Estas têm impacto na função cardíaca, respiratória, digestiva ou imunitária, e também sobre a parte psíquica, ao nível do humor, da memória e do grau de ansiedade. Por isso, é também comum utilizar-se a designação de “psicotrópicos”, porque as drogas manifestam alterações mais severas ao nível do sistema psíquico (Richard, 1997; Macedo, 2000). Por estes motivos, o consumo de grandes quantidades pode conduzir a uma intoxicação orgânica, causando uma depressão do sistema cardio-respiratório, que pode levar o sujeito a situações de coma, e até morte. Quando o sujeito se encontra dependente, a ressaca ou os sintomas de abstinência podem incluir vômitos e delirium tremulum (Borges & Filho, 2004). Assim, algumas substâncias podem afectar a pessoa interiormente, modificando os seus níveis de consciência, mas, também, em termos de acções analisáveis externamente, ou seja, os comportamentos.

Desta forma, os diferentes tipos de drogas podem ser classificados de acordo com os seus efeitos no sistema nervoso central sendo que a tipologia usada habitualmente, classifica as drogas em três classes essenciais: as depressoras, estimulantes e perturbadoras ou despersonalizantes do sistema nervoso central (W.H.O, 1971; Morel, Hervé & Fontaine, 1998). As drogas depressoras da actividade mental incluem uma grande variedade de substâncias, que diferem muito quer em relação às suas características físicas quer químicas, mas que ostentam a característica comum de causar uma diminuição da actividade global do SNC ou de certos sistemas específicos. Como resultado dessa acção, existe uma tendência de advir uma diminuição da actividade motora, da reactividade à dor e da ansiedade, e é comum

um efeito de aumento do bem-estar em geral. São exemplos destas drogas, álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides, solventes e inalantes.

Drogas estimulantes da actividade mental, são drogas capazes de aumentar a actividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insónia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos disto as anfetaminas e a cocaína.

Existem ainda as drogas perturbadoras da actividade mental nas quais se classificam diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenómenos psíquicos anormais, entre os quais os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação de “alucinógenos”. Em linhas gerais, podemos definir alucinação como uma percepção sem objecto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. Delírio, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Há uma realidade, um factor qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito. Por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota em toda parte indícios claros – embora irreais – de uma perseguição contra a sua pessoa. Esse tipo de fenómeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais, denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas de psicotrópicas (OMS, 2006)

1.4 Prevalência do consumo de drogas em Portugal e no Mundo

No panorama mundial, em 2010, segundo os dados do relatório de publicação anual *World Drug Report* das Nações Unidas – Drogas e Crime (U.N.O.D.C.) as estimativas de uso de substâncias psicoactivas são de que em 2008, 3.5% a 5.7% da população mundial entre os 15-64 anos, consumiu substâncias psicoactivas, como maconha, anfetaminas, cocaína, opiáceos, e medicamentos não prescritos psicoactivos, pelo menos uma vez. Segundo estes dados, globalmente, a cannabis é a mais usada cerca de (129-190.000000 pessoas), estimulantes do tipo anfetamina foram as segundas mais utilizadas, seguidas da cocaína e opiáceos. A OMS estima ainda que em 2008 os consumidores problemáticos de drogas, ou seja, consumidores de drogas injectáveis ou que são considerados dependentes, eram entre 16 e 38 milhões em todo o mundo. Isto representa 10% a 15% de todas as pessoas que usaram drogas nesse período de tempo. Estima ainda que em 2008, globalmente, entre 12% e 30%

dos consumidores dependentes de droga receberam tratamento no ano passado, o que significa que entre 11 e 33,5 milhões de consumidores dependentes de drogas não receberam tratamento naquele ano. Para além disto, o uso indevido de medicamentos, como os opióides sintéticos, benzodiazepínicos ou estimulantes sintéticos de prescrição, são um problema crescente de saúde em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento (UNODC, 2010).

Por sua vez em Portugal em 2010, os resultados demonstraram um aumento das prevalências dos consumos entre 2006 e 2010, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2002-2006. Assim como em 2006, a cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (respectivamente 8.8%, 3.4% e 2%), em 2010. Entre os anos de 2006 e 2010 verificaram-se subidas das prevalências de consumo ao longo da vida a nível de várias substâncias, designadamente da cannabis (de 8.2% para 8.8%), assim como também da prevalência do consumo de drogas no último mês (4.5% em 2006 e 6.1% em 2010). Tendo em conta que mesmo que algumas destas subidas de prevalências de consumo não sejam consideradas estatisticamente significativas, elas significam uma inversão da descida ocorrida entre 2002 e 2007, alertando assim para a necessidade do reforço das medidas preventivas (IDT, 2010).

Em suma, segundo os estudos das organizações oficiais como o Instituto da Droga e da Toxicodependência e estruturas internacionais relacionadas com o controlo de drogas, em Portugal e na maioria dos países ocidentais, o álcool e o tabaco são as substâncias mais utilizadas, seguindo-se a cannabis. A um nível bem mais residual encontramos as anfetaminas e metanfetaminas, a cocaína e a heroína, sendo que os valores destes consumos tem vindo a aumentar neste último ano.

Capítulo 2 – Inteligência Emocional

2.1 Conceptualização e evolução histórica do constructo da inteligência emocional

Na década de 90, o termo inteligência emocional (IE) tornou-se conhecido graças à obra “*Emotional Intelligence*” de Goleman (1995), um professor da Universidade de Harvard (Roberts, Mendoza & Nascimento, 2002). O conceito de inteligência emocional tem as suas origens históricas na reflexão psicológica do século passado, contudo recentemente aumentou de forma considerável o interesse por esse modo de germinar as aptidões humanas. Reuven Bar-On (1980), Jonh Mayer e Peter Salovey (1990), Daniel Goleman (1995), foram alguns dos autores que explorarão e definiram a Inteligência Emocional. O período de 1900 a 1969

foi uma época de pesquisas acerca da inteligência e das emoções como sendo áreas completamente distintas, mas ao longo dos últimos anos, a comunidade científica tem vindo a focar-se na melhoria da definição de inteligência tendo em vista identificar a natureza das suas ligações com aspectos orgânicos, sociais, educacionais, psicológicos e culturais (Queroz & Neri, 2005).

O significado do termo “inteligência humana” alicerça-se em variadas compreensões implícitas da inteligência, as quais estão ligadas inevitavelmente ao contexto cultural e aos valores dominantes numa sociedade e num momento histórico particular. A inteligência emocional marca portanto a intersecção entre dois componentes fundamentais da personalidade, o sistema emocional e o cognitivo (Mayer & Salovey, 1995). No final da década de 80, desponta assim, pela primeira vez, o termo inteligência emocional num artigo de Salovey e Mayer (1990) intitulado *Inteligência Emocional*, no qual este constructo é patenteado como uma subclasse da inteligência social, que envolve a capacidade de monitorizar os próprios sentimentos e emoções em si mesmo e nos outros, orientando-se na discriminação entre ambos e na utilização desta informação para guiar o pensamento e as acções (Salovey & Mayer, 1990, p. 189). A utilização de um conjunto de processos mentais relacionados conceptualmente com a inteligência emocional é principiada quando uma informação carregada de afecto entra no sistema perceptual, envolvendo os seguintes componentes: a) avaliação e expressão das emoções em si e nos outros, b) regulação da emoção em si e nos outros e c) utilização da emoção para adaptação. Esses processos ocorrem tanto para o processamento de informações verbais, quanto não-verbais (Salovey & Mayer, 1990).

Esta percepção originária do conceito de inteligência emocional, proposta por Salovey e Mayer (1990), edificou-se claramente numa articulação entre cognição e emoção e procurava conduzir a uma organização e ligação a um desmedido corpo de investigação que até então se dispersava por diversas acepções, todas em torno do problema da detenção e comunicação das emoções e da sua utilização para a resolução de problemas. Ao mesmo tempo esperava contribuir para a extensão do conceito de inteligência, no sentido da sua maior ligação ao sucesso adaptativo em contextos de vida comum, e não apenas em contextos académicos, como a tradicional noção de inteligência (Mayer, Caruso & Salovey, 2000; Mayer & Salovey, 1997). Desta forma, a noção de inteligência emocional concilia duas ideias, a de que as emoções podem “*tornar o pensamento mais inteligente*” e a de que se pode “*pensar inteligentemente acerca das emoções*” (Mayer & Salovey, 1997, p. 5). Contudo, alguns conceitos que envolvem a Inteligência Emocional já se mostravam presentes em

estudos ao longo de todo o século XX, mas o conceito de inteligência emocional adquiriu popularidade com a publicação do livro de Goleman em 1995 (Queroz & Neri, 2005), levando a muitos a impressão de tratar-se de uma ideia nova (Junior & Noronha, 2007).

Para Goleman (1995/1996), o conceito de inteligência emocional pauta-se em cinco competências básicas e interdependentes denominadas por autoconsciência, autocontrole, automotivação, empatia e sociabilidade. As três primeiras referem-se a exames de reacções do eu e ao que o indivíduo faz com seus próprios sentimentos, enquanto as duas últimas voltam-se para fora, em direcção aos sentimentos dos outros e às interações sociais (Siqueira, Barbosa, & Alves, 1999). Entende-se que a inteligência emocional configura-se como um constructo de natureza cognitiva, cujo elemento primordial de sua constituição seriam as informações de cunho emocional produzidas pelo próprio indivíduo quando experimenta emoções e as organiza em forma de sentimentos, bem como informações oriundas do meio social fornecidas pela expressão de emoções e sentimentos dos outros (Siqueira, Barbosa, & Alves, 1999). Se nos focarmos nos trabalhos de Goleman (2000;2003), este qualifica a inteligência emocional como um agrupado de particularidades pessoais e sociais. Goleman (2000, p. 307) caracteriza sinteticamente a Inteligência Emocional, referindo que existe “uma palavra antiquada para designar o corpo de capacidades que a inteligência emocional representa: carácter”. Para o autor, a inteligência emocional é “a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir, a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado psicológico e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança” (Goleman, 2003, p. 54).

Em 1997, Mayer e Salovey reviram o seu conceito de inteligência emocional para torná-lo um modelo de quatro competências, isto é, um teste de percepção, avaliação e expressão da emoção, que inclui a capacidade de um indivíduo para identificar emoções dos estados físicos, sentimentos e pensamentos, bem como a facilitação emocional do pensamento, a compreensão e análise das emoções, empregando o conhecimento emocional e a regulação reflexiva das emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. Assim, para estes autores a inteligência emocional envolve a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 1997, p. 15). Este modelo de quatro níveis acabou por ser posteriormente, em 2000, reduzido a um modelo de três níveis correspondentes à percepção, compreensão e controlo de informações suportadas de afeto em

decorrência de estudos factoriais de validade de constructo (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000).

Por sua vez Bar-on (2006), apresenta um modelo da inteligência social e emocional, propondo que esta representa uma variedade multifactorial de aptidões pessoais, sociais e emocionais interrelacionadas, que influenciam a nossa capacidade global de lidar de forma activa e eficaz com as exigências e as pressões do dia-a-dia. Este apresenta dez componentes da estrutura factorial desse conceito, sendo estes o auto-respeito (auto-avaliação precisa), autoconsciência emocional (ter consciência das próprias emoções e de as entender), assertividade (expressar as próprias emoções e a si próprio), empatia (ter consciência das emoções do outro e entendê-las), relacionamento interpessoal (criar e manter relacionamentos íntimos), tolerância ao *stress* (administrar as emoções), controlo de impulsos (autocontrolo), teste da realidade (validar os próprios pensamentos e sentimentos), flexibilidade (mudar, ser flexível) e resolução de problemas (resolver problemas de natureza pessoal e social de forma eficaz e construtiva). Para além destes factores, existem ainda cinco facilitadores do comportamento emocional e socialmente inteligente: o optimismo, a auto-realização, a felicidade, a independência e a responsabilidade social (Bar-on & Parker, 2002).

Como vimos, são muitas as derivações teóricas dos modelos de inteligência não tradicionais. O campo da inteligência emocional tem-se caracterizado, ao longo de seu progresso histórico, pelas dificuldades de mensuração. Isso ocorre devido aos problemas teóricos de confinamento do constructo, ou mesmo por questões específicas sobre os tipos de instrumentos a ser utilizados para medir essa capacidade (Júnior & Noronha, 2007).

2.2 Capacidades da inteligência emocional

Na sua obra, Goleman (1995) refere que Salovey redefine as inteligências pessoais de Gardner na sua definição básica de inteligência emocional distribuindo as cinco capacidades de inteligência emocional da seguinte forma. As três primeiras, autoconsciência, gestão de emoções e automotivação referem-se a competências pessoais (intrapessoais) e “determinam a forma como nos gerimos a nós próprios” (Goleman, 2005, p. 34-35). Por sua vez as restantes como a empatia e gestão de relacionamentos em grupos são competências sociais (interpessoais) e “determinam a forma como lidamos com as relações”.

A autoconsciência, conhecer as nossas próprias emoções, define-se como a capacidade de reconhecer um sentimento enquanto ele está a decorrer, é a percepção de si e do que se está

a sentir, sendo considerada a pedra-base da inteligência emocional, tendo em conta que a maioria das outras capacidades emocionais se fundamenta na Autoconsciência. Isso deve-se ao facto que só depois de se perceber o porquê de como se sente, se poderá dominar, moderar e controlar as próprias emoções (Goleman, 2003). A incapacidade de reconhecer as próprias emoções deixará a pessoa à mercê delas, as pessoas com maior respeito pelos sentimentos governam melhor as suas vidas (Goleman, 1995).

A gestão de emoções, lidar com as sensações de modo apropriado, é o sentido de autodomínio que temos das nossas próprias emoções, é uma capacidade que nasce do autoconhecimento, sendo a chave para o bem-estar emocional. Surge como a capacidade de nos tranquilizarmos a nós próprios, de afastar a ansiedade, a tristeza ou a irritabilidade (Goleman, 1995), bem como a gestão de outras emoções como o medo, a ira ou a tristeza que são considerados mecanismos de sobrevivência e parte integrante da nossa dotação básica emocional.

A terceira capacidade, a auto motivação, define-se pela capacidade das pessoas excederem a si mesmas numa actividade, a auto motivação constitui a maneira como utilizamos as nossas energias, numa perspectiva construtiva e projectiva. Descobrir a auto motivação é encontrar os motivos que nos levam a trabalhar por razões que vão para além do dinheiro ou do protagonismo social. Uma pessoa, ou um profissional motivado é alguém que coloca persistência e razão nos seus objectivos (Goleman, 2000). Motivarmo-nos a nós mesmos tem a ver com a forma como utilizamos e canalizamos as energias no sentido de atingir as metas traçadas, pois são as metas que nos motivam diariamente. Para Goleman (1999), a auto motivação expressa-se em comportamentos e atitudes, sendo uma vontade interior que leva as pessoas a darem o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem. O mesmo autor lembra que para tomarmos iniciativas e sermos altamente eficientes, face a contrariedades e frustrações, é necessário usarmos as nossas preferências mais profundas, que nos permitem avançar em direcção aos nossos objectivos (Goleman, 2003). A capacidade de auto motivação é entendida como a forma de nos mantermos optimistas em relação aos problemas ou situações desagradáveis. Segundo Goleman (2003, p.63), «As pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem».

A empatia é a mais fundamental das aptidões pessoais e também nasce da autoconsciência, pois quanto mais conscientes estivermos das nossas próprias acções, mais correctos seremos a ler os sentimentos dos outros. A empatia é muitas vezes catalogada por reconhecer as emoções dos outros. Ela abrange a expressão verbal e não-verbal e a forma

como percebemos e interpretamos as emoções dos outros, tendo a noção de que as pessoas sentem ser capazes de adoptar a sua perspectiva e cultivar laços e sintonia com as outras pessoas (Goleman, 2003). As pessoas empáticas são mais sensíveis aos subtis sinais sociais que indicam o que os outros desejam ou necessitam. A empatia requer assim a predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e conseguir compreender pensamentos e sentimentos que não tenham sido expressados verbalmente, constituindo a capacidade para ler os canais não-verbais como o tom de voz, o gesto ou a expressão facial (Goleman, 2003).

Por último a quinta capacidade de inteligência emocional, capacidade de gestão de relacionamentos em grupos, é também denominada por gestão de emoções em grupos (Goleman, 2000). No mundo actual, é fundamental o desenvolvimento de um relacionamento eficaz em grupo ou equipa. Gerir os relacionamentos em grupos, é uma aptidão social que consiste em saber fazer bem a leitura das situações de um grupo (social, familiar, profissional), por forma a ter a capacidade para gerir as relações no seio de um grupo, quer este seja formal ou informal (Goleman, 2003). Esta capacidade representa a capacidade de nos relacionarmos com harmonia, das competências para persuadir, liderar, negociar, trabalhar em equipa e resolver conflitos de forma eficiente (Goleman, 2003).

Capítulo 3 - Alexitimia

3.1 Conceptualização e evolução histórica do constructo da alexitimia

O constructo da alexitimia é proveniente das pesquisas psicossomáticas. Existem diversas dificuldades da investigação empírica sobre alexitimia pelo carácter multidimensional de seu constructo e pela complexidade que a avaliação dos afectos constitui, sendo assim sujeitos a importantes controvérsias teórico-metodológicas. A alexitimia é um termo utilizado no diagnóstico clínico de pessoas com intensificada dificuldade ou incapacidade para expressar emoções e simboliza “sem palavras para as emoções” (Carneiro & Yoshida, 2009). Os sujeitos alexitímicos são caracterizados como tendo dificuldades em expressar as emoções (Haviland & Reise, 1996), algo que pode ser classificado como uma iliteracia emocional (Sengupta & Giri, 2009).

O termo alexitimia foi sustentado e utilizado pela primeira vez por Peter Sifneos em 1967, a partir das raízes gregas: a = sem; lexis = palavra; thymus = emoção/afeto que significa sem palavras para as emoções (Fernandes & Tomé, 2001), isto para designar o ponto mais

relevante do constructo, que seria para ele, a dificuldade de comunicação e expressão afetiva. No entanto, só com a publicação do seu artigo "*The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients*", em 1973 é que o termo adquiriu maior protagonismo, sendo que Sifneos inclui o conjunto de factores cognitivo-afectivos que ocorrem nos doentes psicossomáticos (Pedinielli & Rouan, 1998). O termo surge das conclusões que Sifneos e Nemiah retiraram das entrevistas a doentes psicossomáticos onde a grande maioria revelava um vocabulário limitado, pouca sensibilidade, relações interpessoais caóticas, fracos em comunicação e tendência para agir sem pensar (Otero, 1999), ou seja, estes identificaram um número significativo de doentes que apresentavam dificuldades em expressar verbalmente os seus sentimentos e uma diminuição da capacidade de fantasiar (Gago & Neto, 2001), surgindo assim o termo da alexitimia.

Embora o conceito não fosse inovador pois estava determinantemente ligado à somatização, foi sofrendo uma evolução. Em 1973 quando Sifneos utiliza o termo alexitimia, é que este se consolida ao incluir o conjunto de factores cognitivo-afectivos que ocorrem nos pacientes psicossomáticos. Embora estas características já haviam sido descritas, é ele que organiza as observações clínicas e fenomenológicas em pacientes psicossomáticos numa entidade conceptual. Após esta construção inicial de Sifneos, foram muitas as evoluções deste constructo e várias versões acerca dele que foram surgindo. O facto de não existir um acordo geral sobre como definir alexitimia aparenta ter dificultado avanços teóricos e empíricos sobre a neurobiologia da alexitimia e a sua relação com doenças psicossomáticas e doenças psiquiátricas (Larsen, Brand, Bermond, & Hijman, 2003). Segundo uma vasta gama de autores foi considerada, inicialmente, um traço de personalidade com implicações em perturbações psiquiátricas e doenças orgânicas (Carneiro & Yoshida, 2009). Por sua vez, Kaplan e col. (1997), sugerem a definição da alexitimia como a incapacidade ou dificuldade para descrever ou consciencializar-se das próprias emoções e estados de ânimo. Para Taylor e col. (1988), em estudos realizados com a TAS (Escala de Alexitimia de Toronto), defendem que a alexitimia é uma dimensão estável da personalidade, originada por um défice na capacidade de diferenciação e representação das emoções e distinta da psicopatologia neurótica, incluindo a depressão.

3.2 Alexitimia Primária e secundaria

A alexitimia, segundo Yoshida (2006), tem sido demarcada em duas categorias distintas, primária ou secundária. A primeira é vista como um traço de personalidade e predispõe à aparição de distúrbios psicossomáticos pela limitação da expressão emocional. A secundária apresenta características semelhantes à primária, mas se manifesta em sujeitos expostos a situações de risco extremo ou que estão ameaçados, inclusive por processo de adoecimento. É um estado transitório ou às vezes prolongado e pode ser visto como uma modalidade adaptativa de tipo "mal menor", para fazer frente a uma situação ameaçadora. Entre as dificuldades do alexitímico verificam-se, incapacidade para reconhecer as próprias emoções, para distinguir entre sensações corporais e emoções, dificuldade de experienciar as emoções e uma vida de fantasia pobre, que se traduz por uma forma de pensamento concreto (Taylor & Bagby, 2004). Para a aceção deste constructo surgem as seguintes características centrais: a dificuldade em reconhecer sentimentos e os diferenciar das sensações corporais decorrentes da ativação emocional, a dificuldade em relatar os sentimentos aos outros e a vida de fantasia enfraquecida e estilo cognitivo orientado externamente (Prazeres, Parker e Taylor, 1997). Na opinião de Taylor, Bagby e Parker (1991), as características alexitímicas mais notáveis são: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) dificuldade para distinguir entre sentimentos e sensações corporais próprias da actividade emocional; 3) escassa capacidade de simbolização: pouca ou nula fantasia e actividade imaginativa; 4) maior preocupação com acontecimentos externos do que com experiências internas. Prazeres, Parker e Taylor (2000), para além das características das áreas afectiva (1, 2) e cognitiva (3, 4), anteriormente referidas, acrescenta a área relacional, onde considera que estes indivíduos habitualmente apresentam um elevado grau de conformismo social que se pode confundir com normalidade, porém este comportamento é rígido e formal, sujeito às regras convencionais. A impulsividade é outra característica descrita por Fernández (1999), segundo o qual, os conflitos se manifestam em acções irreflexivas (violentas explosões do comportamento afectivo), sem que o próprio indivíduo as relacione com as emoções subjacentes. Espina, Cabezón, Apellaniz e Méndez (2001), sugerem que relativamente ao aspeto relacional o indivíduo alexitímico estabelece relações interpessoais pobres e estereotipadas, com tendência à dependência ou ao isolamento, sendo característicos os tipos de personalidade psicopático, narcísico, passivo-agressivo e passivo-dependente. Esta característica é também realçada por Davies e col (1998), uma vez que estes indivíduos

"apresentam uma reduzida capacidade para empatizar com os estados emocionais dos outros" (cit in Veríssimo, 2000, p. 28).

Capítulo 4 – Inteligência Emocional e Alexitimia relacionados com o consumo de drogas

4.1 Relação entre Inteligência Emocional e Alexitimia

As construções inicialmente separadas de alexitimia e inteligência emocional atraíram a atenção dos investigadores que perceberam que estas estavam intimamente relacionadas, sendo que a alexitimia representava a gama mais baixa possível de inteligência emocional (Thompson, 2009). O lugar da inteligência emocional em psicologia clínica é examinado em relação a conceitos existentes, isto é, alexitimia, neuroticismo, habilidade mental geral, a inteligência social, e empatia (Thingujam, 2008).

De acordo com Taylor e colaboradores (1997), Salovey e colaboradores (1993), consideraram que a alexitimia poderia ser representada por um posicionamento num nível bastante baixo do indivíduo ao nível da inteligência emocional. A Inteligência emocional refere-se à capacidade de utilizar informação emocional para guiar pensamento e acções de maneira adaptativa e construtiva. Uma das subáreas da inteligência emocional é a percepção, ou seja, a capacidade de identificar correctamente emoções em si e nos outros. Sendo que o indivíduo alexitímico possui dificuldade em caracterizar o próprio estado emocional, estas estão internamente relacionadas (Miguel, Bueno, Noronha, Couto, Primi, & Muniz, 2010).

Assim, a alexitimia sobrepõe inteligência emocional no campo de identificação emoção e, em certa medida, nos sentimentos de expressão. Os sujeitos alexitímicos não podem expressar as suas emoções por via oral devido à incapacidade de identificação de sentimentos, o que pode causar danos no seu desenvolvimento ao nível de inteligência emocional, visto que a falta de habilidade de avaliação e expressão de emoções tem consequências directas na relação com o meio ambiente e com os outros (Taylor e Bagby, 2002).

De acordo com um estudo realizado por Naghavi, Redzuan, & Mansor (2010), os sujeitos com níveis de alexitimia bastante altos apresenta níveis de inteligência emocional muito reduzidos, sendo que não tem a capacidade verbal para expressar emoção ou para descrever emoções dos outros. Analogamente, num outro estudo realizado por Baughman, Schwartz, Schermer, Veselka, Petrides, e Vernon (2011), os dados obtidos sugerem que os

constructos de inteligência emocional e alexitimia correlacionam-se negativamente. Assim, as descrições dos constructos de inteligência emocional e alexitimia, sugerem que alexitimia, que é considerada como um défice no processamento intra e interpessoal de emoções, constitui uma imagem de espelho negativo do conceito de inteligência emocional (Páez & Velasco, 2001).

Assim, vários estudos têm correlacionado estes dois constructos e pode concluir-se que as medidas de traço de inteligência emocional e a alexitimia estão fortemente relacionados de forma negativa (Dawda & Hart, 2000; Parker, Taylor & Bagby, 2001; Saklofske e col., 2003, Schutte e col., 1998), o que pode ser compreendido desta forma, polos mais baixos de inteligência emocional estão estreitamente relacionados com as características da alexitimia, definida pela dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos.

Em suma, inteligência emocional refere-se à capacidade de empregar informação emocional para orientar o pensamento e ações de forma adaptativa e construtiva, e uma das subáreas mais importantes é a capacidade de identificar emoções em si e nos que o rodeiam, por sua vez o individuo possui dificuldade em caracterizar o próprio estado emocional. Desta forma os dois constructos estão estreitamente ligados de forma negativa, quando os níveis de um são maiores os do outro diminuem.

4.2 Impacto dos níveis de Inteligência emocional e alexitimia no consumo de droga

O uso de substâncias com actividades sobre o psiquismo, sem objectivos terapêuticos, surge como um atalho para a obtenção de uma felicidade artificial e imediata, baseada apenas nas diferentes formas de consumo que oferece e nos efeitos que tem sobre o psíquico. O consumo deste tipo de substâncias é relatado pelos consumidores, recorrendo a certos termos como a sensação que provoca de ficar mais à vontade, mais animado, experienciar diferentes estados psicológicos, sobressaindo assim a percepção do uso de psicoactivos como uma tentativa, bem ou mal sucedida, de encontrar alívio para o sofrimento quotidiano. Assim, a inteligência emocional representa um traço que descreve diferenças inter individuais quanto ao processamento e ao modo de lidar quer com as emoções do próprio quer com as dos outros, então afigura-se legítimo esperar que esta esteja relacionada com a regulação afectiva (Verissimo, 2005). Qualquer ser humano possui a estrutura emocional necessária, para que dadas as condições favoráveis desenvolvam um vício ou uma dependência (Aquino, 1998). Com o passar do tempo existe uma grande variedade de factores que contribuem para que a

pessoa se torne dependente de drogas (Beck, Whight, Newman, & Liese, 2000). Segundo estes autores são diversos os motivos que podem impulsionar ou determinar que um indivíduo consuma drogas de forma dependente. Esta vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver ou não a dependência, está relacionada com uma série de factores de ordem biológica, psicológica e social. Para algumas pessoas o consumo de drogas representa um alívio temporal da ansiedade, frustrações, cansaço e tensão. Estas pessoas desenvolvem uma crença que com o consumo de substâncias podem enfrentar melhor os problemas (Beck, Whight, Newman, & Liese, 2000). De acordo com uma perspectiva convencional evolutiva, a propensão humana para o uso da substância é o produto de um descompasso entre mecanismos emocionais que evoluíram de um passado sem drogas puras ou rotas diretas da administração da droga, e a ocorrência desses fenómenos no ambiente contemporâneo (Sullivan & Hagen, 1997). Assim como referem Morel e colaboradores (1998), “ [...] *as drogas produzem em compensação oscilações do estado emocional, de modo tal que as relações sociais são rapidamente postas em perigo*” (p. 88). Inteligência emocional, refere-se à sua capacidade de compreender e lidar com seus sentimentos de uma forma adaptativa e madura, quando deixamos as nossas emoções dominarem o nosso comportamento sem nenhuma consciência, pode-se tornar um problema.

Perante estas particularidades, a alexitimia enquadra-se no conceito de desregulação emocional, aceitando-se que em pessoas demarcadas por essa regulação deficitária, possa favorecer a propensão para estados de tensão física e de activação fisiológica mais ou menos continuados, tornando o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações de carácter médico e psiquiátrico (Veríssimo, 2000), como o da dependência química. A alexitimia enquanto perturbação cognitivo-afectiva que condiciona o modo como o indivíduo vivência e exprime as suas emoções, tem vindo a ser encarada com um factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas (Prazeres, Parker & Taylor, 1984). Como exemplo, poder-se-á referir as perturbações alimentares, as dependências de drogas, as perturbações de *stress* pós-traumático, as perturbações de pânico, ou de doença física e/ou crónica (Taylor et al., 1997; Teixeira, Barros, Lobo & Trindade, 1996). Vários estudos ressaltam a ligação entre a alexitimia e o consumo de drogas, como é o caso do estudo realizado em Portugal por (Gago & Neto, 2001) que conclui que existe uma elevada prevalência de alexitimia a população analisada, sendo os resultados do estudo sugestivos de uma relação entre a alexitimia e a gravidade de dependência.

A observação clínica recente acerca do tema propõe, que os indivíduos têm predisposição para o vício porque padecem de estados emocionais dolorosos. Portanto, muitos

dos fatores que têm influência nos distúrbios de abuso de substâncias estão relacionados com variáveis da personalidade e intrapessoais, que, muitas vezes, ajudam a agravar a doença (Hamidia, Rostami, Farhoodic & Abdolmanafid, 2010). Segundo uma revisão da literatura realizada pelos autores, estes revelam que a Alexitimia é frequente entre os toxicodependentes e baixa entre as pessoas “normais”. Assim tem sido proposto que as adições a substâncias envolvem, no seu início e na manutenção do seu desenvolvimento, perturbações na regulação emocional tais como falhas no processamento emocional cerebral (Verdejo-García, 2006) e fenómenos de inibição da expressão emocional tal como a alexitimia (Taylor et al, 1997; Neto e Torres, 2001).

Em suma, o consumo de drogas constitui um meio fácil e rápido para a obtenção de prazer, um subterfúgio à realidade, numa tentativa de encontrar uma felicidade que a sociedade com todas as suas características quer sociais, morais, afetivas, não consegue assegurar. A dependência está então substancialmente enraizada na inaptidão de lidar eficazmente com as suas emoções, da falta de perceção sobre a sua origem, e o que fazer com elas. Como tal, as pessoas recorrem ao álcool ou drogas para embotar as suas emoções, para se esconderem dos seus próprios sentimentos.

Parte II – Metodologia

Capítulo 5 – Conceptualização da Investigação

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização da investigação, apresentando as hipóteses a testar tendo por base a síntese bibliográfica apresentada que nos conduziu à formulação do tema de investigação. Pretende-se também identificar a amostra, os seus critérios de seleção e procedimento de recolha dos dados. Por fim, apresentam-se também as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados com as suas características psicométricas e as análises estatísticas que se pretende realizar.

5.1 Objetivos do estudo

Neste estudo, o principal objetivo é a obtenção de uma melhor compreensão da dependência de substâncias e sua relação com certas variáveis psicossociais que podem

desempenhar um papel importante na manutenção da dependência. Assim, tem como objetivo comparar se indivíduos não consumidores de drogas apresentarão em termos médios níveis superiores de inteligência emocional e inferiores de alexitimia, quando comparados com indivíduos consumidores, bem como a sua relação com a gravidade do consumo de substâncias, tendo como finalidade contribuir para futuros estudos acerca da temática e formas de tratamento e prevenção da toxicodependência.

5.2 Hipóteses de Investigação

Hipótese 1 - Espera-se que existam diferenças significativas entre consumidores e não consumidores no que diz respeito aos níveis de Inteligência emocional, prevendo-se que os primeiros apresentem valores menos elevados.

Hipótese 2 – Espera-se que existam diferenças significativas entre consumidores e não consumidores no que diz respeito aos níveis de Alexitimia, prevendo-se que os primeiros apresentem valores mais elevados.

Hipótese 3 - Espera-se uma relação negativa significativa entre o grau de envolvimento com drogas e os níveis de inteligência emocional.

Hipótese 4 – Espera-se uma relação positiva significativa entre o grau de envolvimento com drogas e os níveis de alexitimia.

5.3 Design de estudo

Trata-se de um estudo correlacional, uma vez que visa estudar as variáveis e conhecer quais as relações entre si sem qualquer manipulação da variável independente e descrever as variações inerentes da relação entre essas mesmas variáveis. Quando ao *design* de estudo, será entre sujeitos (*between subjects*) pois todos os elementos da amostra passarão pela mesma avaliação.

5.4 Amostra

Para a testagem das hipóteses propostas e tendo em consideração os objetivos do presente estudo, a amostra foi constituída por 60 sujeitos. Foram utilizados dois grupos de sujeitos do sexo masculino. O grupo de controlo é constituído por 30 sujeitos não toxicodependentes, o grupo experimental por 30 sujeitos consumidores utentes da equipa de rua e do centro de acolhimento da Cruz Vermelha Portuguesa de Braga.

5.5. Variáveis

Para a realização do estudo foram utilizadas variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) e relativas ao consumo de drogas (substâncias consumidas, tratamentos anteriores (sim/não) e o *drug abuse test* (valor total)), e por fim as variáveis psicológicas (inteligência emocional e alexitimia).

5.6 Procedimento

Com a finalidade de efetuar a recolha de dados juntos de população consumidora de drogas, foi elaborado um pedido escrito à diretora da equipa de rua e à direção do centro de acolhimento da Cruz Vermelha Portuguesa – Braga, de modo a obter autorização ao nível da recolha de dados do grupo experimental. Após obtenção da autorização, iniciou-se a recolha de dados tendo esta decorrido nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2012. No contacto inicial procedeu-se à explanação dos objetivos do estudo, em seguida obteve-se o consentimento informado administrando-se posteriormente a bateria de testes.

No grupo de controlo procedeu-se de igual forma, sendo os dados recolhidos na zona de braga de forma voluntaria, tendo como critério a idade e o não consumo de substâncias alteradoras.

5.7 Instrumentos

De forma a obter informações sobre as variáveis a estudar foram utilizados numa só aplicação os seguintes instrumentos, questionário sociodemográfico, Dast (*Drug Abuse screening Test*), na sua versão portuguesa teste de triagem de abuso de drogas (Machado & Klein, 2002). Foi também utilizada a escala de inteligência emocional (Verissimo, 2003) e a escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) (Verissimo, 2001).

5.7.1. Questionário sociodemográfico

Construído especificamente para esta investigação com o propósito de recolher informação que possibilite a caracterização do participante como a indicação de idade e género, do nível de escolaridade, situação conjugal, bem como a história dos seus comportamentos aditivos no caso do grupo de consumidores.

5.7.2. DAST _ Drug abuse Screening Test

O DAST, *Drug Abuse Screening Test* consiste numa escala dicotómica (sim ou não) de 20 itens que procura contextualizar os principais aspetos em torno do consumo de drogas. Nomeadamente aborda as várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspetos sócio relacionais, entre outros. Os sujeitos são inquiridos a respeito de experiências de consumo de drogas e problemas que daí advêm, nos últimos 12 meses.

Esta escala para uma amostra de 256 consumidores de droga revelou um coeficiente de consistência interna de .92. Grande parte da evidência da confiabilidade e validade do DAST foi baseada numa versão anterior de 28 itens, sendo que estas duas escalas revelam uma correlação quase perfeita ($r = 0,99$), é provável que os resultados que foram baseados na escala de 28 itens, também se apliquem à versão de 20 itens do DAST. Foi encontrada uma boa consistência interna para a escala de 28 itens, bem como para a escala de 20, sendo que esta revela uma estimativa um pouco menor de consistência interna ($\alpha = .74$) encontrada para uma amostra de 105 usuários de drogas (Yudko, Lozhkina, & Fouts, 2007). Esta escala foi selecionada para fornecer uma avaliação simples e rápida do nível de gravidade dos consumos.

O DAST é normalmente autoadministrada, mas também pode ser realizada em formato de entrevista. Demora cerca de 5 minutos a ser preenchido. Esta escala providencia um resultado que pode variar entre 0 e 28, refletindo as alterações no consumo de drogas ao longo dos 12 meses.

A análise fatorial dos 28 itens indicou que a DAST é essencialmente uma escala unidimensional. A escala é interpretada através do seu valor total, o qual é calculado pela soma de todos os itens que são cotados com um (zero para resposta negativa e um para resposta positiva). No resultado da DAST uma pontuação superior a seis já indicia alguma relação do sujeito com drogas, enquanto uma pontuação de 16 ou superior indica um abuso muito grave ou uma dependência de substância.

A versão portuguesa deste questionário (Teste de Triagem do Abuso de Drogas) foi elaborada por Machado e Klein (2002), estando, ainda, os dados psicométricos a serem analisados.

Características psicométricas para o presente estudo

Na avaliação da consistência interna da escala, tal como foi efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de Cronbach (Anexo IV). A escala na sua versão original (Yudko, Lozhkina, & Fouts, 2007), apresenta uma boa consistência interna de .74, não existindo ainda dados para a população portuguesa. Utilizou-se como meio de comparação o alfa da escala original, sendo idêntico no presente estudo (.74), evidenciado uma adequada consistência interna para este estudo.

5.7.3. Escala de Inteligência Emocional (EIS)

Versão original do instrumento

A escala de inteligência emocional (EIS), foi desenvolvida por Schutte, Marlowe, Hall, Harggerty, Cooper, Golden e Donheim em 1998 e avalia a inteligência emocional baseada em auto-respostas a 33 itens delimitando a avaliação à expressão das emoções em si e dos outros, regulamentos de emoções em si e dos outros, e utilização de emoções na resolução de problemas. Os participantes respondem, indicando o seu nível de acordo a cada uma das 33 afirmações, usando uma escala de cinco pontos variando entre 1 (discordo plenamente) a 5 (concordo plenamente). O EIS demonstrou alta consistência interna com Alfa de Cronbach variando de .87 a .90 e um coeficiente de confiabilidade teste-reteste de .78 (Schutte e col, 1998).

Versão Portuguesa

A equivalência transcultural da tradução portuguesa da EIS foi assegurada através do método da retroversão. A fiabilidade *split-half* da versão da escala utilizada neste estudo é de .80 (Verissimo, 2003).

Características Psicométricas no presente estudo

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade no presente estudo (Anexo V), sendo que a escala total neste estudo apresentou um alfa de .78).

5.7.4 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

A Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) é um instrumento de autoavaliação, desenvolvido por Bagby, Parker e Taylor, que apresenta uma adequada precisão e validade para a avaliação do constructo de alexitimia. Inicialmente em 1985 surgiu como a primeira medida confiável e válida de auto relato do constructo Alexitimia, constituída por 26 itens (TAS). Em 1992 foi modificada para desenvolver uma versão revista e melhorada constituída por vinte itens, tornando-se assim a TAS-20 tornou-se a medida mais amplamente utilizada do constructo alexitimia. A TAS-20 foi traduzida para vários idiomas, sendo adaptada a população portuguesa por Prazeres. A sua estrutura fatorial foi validada cruzadamente em diversas amostras, através da análise fatorial confirmatória, demonstrando possuir uma estrutura fatorial estável e replicável que é congruente com o constructo de alexitimia: (F1) dificuldade em identificar sentimentos; (F2) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; (F3) estilo de pensamento orientado para o exterior (Prazeres, Parker & Taylor, 2000). Este instrumento tem mostrado possuir uma adequada consistência interna e precisão teste-reteste (Prazeres et al., 2000).

A TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale. Taylor, Ryan, & Bagby, 1992) é um instrumento constituído por 20 itens, cujas respostas são assinaladas numa escala de Likert de 1 a 5. A estrutura fatorial original desta escala em três fatores mantém-se na versão portuguesa, permitindo uma cotação para cada um dos fatores (dificuldade em identificar sentimentos; dificuldade em comunicar sentimentos; e pensamento orientado para o exterior) separadamente. Em termos globais, permite avaliar a presença de características alexitímicas com três níveis de resultado: Alexitímico, Não Alexitímico e Indeterminado. O TAS-20 é um instrumento fiável e bem validado que faculta uma pontuação global em alexitimia bem como

pontuações referidas aos três fatores que extraem os componentes mais representativos do constructo: F1 = dificuldade em identificar sentimentos; F2 = dificuldade em descrever sentimentos; F3 = pensamento orientado externamente.

Um estudo elaborado por Besharat, Rostami, Pourhosein e Mirzamani (2006), teve como objectivo investigar a confiabilidade e a validade da Escala Toronto de Alexitimia-20 em uma amostra de consumidores de substâncias. Os resultados deste estudo apoiaram a consistência interna, confiabilidade teste-reteste, validade concorrente, e a estrutura de três factores da versão persa da TAS-20 para usuários de substâncias. Segundo os autores os factores encontrados na versão persa do TAS-20, são semelhantes aos três fatores encontrados em um estudo conduzido por Bagby, Parker e Taylor, os factores que foram devidamente rotulados como dificuldade em identificar sentimentos (DIF), dificuldade em descrever sentimentos (DDF) e pensamento orientado externamente (EOT). Assim, os resultados fornecem evidência de aplicabilidade do TAS-20 e sua validade para este tipo de população.

E de salientar que Haviland, Shaw, MacMurray e Cummings (1988) procederam à validação da TAS com uma amostra de indivíduos dependentes de drogas. Com base nos resultados deste estudo, os autores consideraram a TAS como uma medida fiável e válida para a avaliação da alexitimia em amostras de indivíduos consumidores de drogas, nomeadamente porque a estrutura factorial encontrada era congruente com o construto teórico e semelhante à publicada nos estudos normativos.

A TAS-20 é um instrumento constituído por 20 itens, onde é pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância para cada um dos itens numa escala de tipo Likert de cinco pontos: 1 para resposta “desacordo total”, 2 para “desacordo moderado”, 3 para “sem opiniao”, 4 para “concordo moderadamente” e 5 para “concordo totalmente”. Os itens 4,5,10,18,19 são cotados em sentido inverso. A cotação pode ir de 20 a 100 pontos. O individuo é classificado como possuindo caracter alexitimo se obtiver uma cotação igual ou superior a 61 pontos. No caso da cotação se revelar inferior ou igual a 51 pontos, o individuo é classificado como não possuidor de características alexitimicas. Entre 52 e 60 não é possível uma classificação objectiva.

A TAS-20 foi traduzida para vários idiomas, sendo adaptada à população portuguesa por Prazeres. A avaliação das propriedades psicométricas da tradução portuguesa do TAS-20 numa amostra heterogénica demonstrou a sua coerência interna traduzida por um coeficiente alfa de Cronbach de .75 para a escala como um todo – oscilando entre .67 e .87 em diferentes subamostras heterogéneas (Verissimo, 2001).

Características psicométricas no presente estudo

Nesta investigação, os valores obtidos para a consistência interna mostram-se inferiores aos do estudo de validação, para a escala total (.83), para o fator 1 ($\alpha = .86$), para o fator 2 ($\alpha = .69$) e para o fator 3 ($\alpha = .07$), tendo sido eliminados o item 4 e o item 19 de forma a aumentar o alfa total e o alfa dos fatores 2 e 3 (anexo VI). Sendo que perante estes resultados obtidos, procedeu-se a uma revisão da literatura, na qual foi possível constatar que, vários estudos obtiveram uma boa consistência interna para o fator 1, e uma menor consistência interna para os fatores 2 e 3. Contudo, o fator 2, tende a apresentar índices de alfa aceitáveis, enquanto o fator 3 chega a apresentar um índice contínuo entre o aceitável e o inaceitável (Prazeres et al., 2000, Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisolo & Barbosa, 2005). O que corrobora os dados obtidos para a escala total e para os três fatores.

O estudo de adaptação portuguesa da TAS-20 (Prazeres et al., 2000) aponta três fatores que poderiam justificar a baixa consistência do fator 3, sendo eles, a dimensão reduzida da amostra, a influência do nível de escolaridade e a diferença cultural no conteúdo de pensamento orientado para o exterior.

5.8 Análise de dados

Após a colheita dos dados estes foram introduzidos numa base de dados informatizada e processados através do programa estatístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences – versão 20.0).

Tendo em vista a caracterização da amostra ao nível das variáveis sociodemográficas utilizou-se a estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão), no sentido de caracterizar a amostra relativamente aos dados sociodemográficos. Posteriormente, elaboraram-se também estatísticas descritivas para os valores totais das sub-escalas dos questionários TAS;EIS e DAST. Após esse processo, procedeu-se à análise dos alfas de Cronbach dos instrumentos, por processo de eliminação de itens, no sentido de aumentar a consistência interna das sub-escalas. Realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov no sentido de aferir as variáveis poderiam ser assumidas como se ajustando adequadamente à distribuição normal.

Ao nível das hipóteses de estudo, dado não estarem cumpridos todos os pressupostos para a realização de estatística paramétrica na primeira e segunda hipótese utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* em alternativa ao teste de *t* para amostras independentes. Ao nível da

terceira e quarta hipótese, e de modo a determinar a relação entre os níveis de inteligência emocional, alexitimia e o grau de severidade de dependência utilizou-se a correlação de *Spearman*.

Nas análises exploratórias utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman sempre que os pressupostos da estatística paramétrica não se encontravam preenchidos. Nos resultados dos testes de hipóteses, o limite inferior de significância assumido foi de $p < 0.05$ (grau de confiança de 95%) rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo I fosse inferior a este valor.

6 – Apresentação de resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

Para a testagem das hipóteses propostas e tendo em consideração os objetivos do presente estudo, a amostra foi constituída por 60 sujeitos do sexo masculino. As idades dos participantes variam entre 20 e 58, com uma média de 37.57 anos, e um desvio de padrão de 9.17. Nesta amostra total, 41.3% dos participantes são casados, 12.7% divorciados e 41.3% solteiros. Relativamente à situação profissional, 41.3% encontram-se desempregados, 47.6% no ativo e 6.3% são reformados, não existindo nenhum estudante. Quando ao nível de escolaridade 4.8% dos participantes não têm habilitações, 11.1% frequentam o primeiro ciclo, 27% o segundo ciclo, 31.7% o terceiro ciclo, 14.3% frequentam o ensino secundário e 6.3% o ensino superior.

Esta amostra total encontra-se subdividida em dois grupos distintos, grupo experimental e grupo de controlo, constituídos por 30 sujeitos cada, considerando os objetivos do estudo (quadro de caracterização sociodemográfica anexo VII).

- **Grupo experimental (consumidores)**

O grupo experimental, constituído por 30 sujeitos consumidores de substâncias, com uma média de idades de 38.7, e um desvio padrão de 8.46. Nesta subamostra 26.7% são casados, 20% divorciados e 53.3% solteiros. Relativamente à situação profissional, 66.7% encontram-se desempregados, 20% no ativo e 13.3% reformados. Quanto ao nível de

escolaridade 10% dos participantes não tem habilitações, 16.7% frequentaram o primeiro ciclo, 40% o segundo ciclo, 26.7% o terceiro ciclo, 6.7% frequentaram o ensino secundário.

- **Grupo de controlo (não consumidores)**

O grupo de controlo, constituído por 30 sujeitos consumidores de substâncias, com uma média de idades de 37.07, e um desvio padrão de 9.95. Nesta subamostra 60% são casados, 6.7% divorciados e 33.3% solteiros. Relativamente à situação profissional, 20% encontram-se desempregados, e 80% no ativo. Quanto ao nível de escolaridade, 6.7% frequentaram o primeiro ciclo, 16.7% o segundo ciclo, 40% o terceiro ciclo, 23.3% frequentaram o ensino secundário e 13.3% o ensino superior.

6.1 Teste de hipóteses

Hipótese 1 – espera-se que existam diferenças significativas entre consumidores e não consumidores no que diz respeito aos níveis de inteligência emocional, prevendo-se que os primeiros apresentem valores menos elevados

Relativamente à variável inteligência emocional, obtida através da escala de inteligência emocional (EIS), começamos por analisar a sua prevalência, a qual foi analisada segundo médias e percentagens visto a escala não apresentar pontos de corte para a classificação de níveis de inteligência emocional. Assim, verificou-se que no grupo de consumidores a média de inteligência emocional, que pode variar entre 0 e 165, apresenta níveis inferiores (no grupo de consumidores com uma média de 116.13 para 120.17 no grupo de não consumidores).

Quadro 1- Médias e desvio-padrão de inteligência emocional no grupo de consumidores e não consumidores (n=60)

<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Experimental	30	116.13	14.52
Controlo	30	120.17	9.52

Verificou-se através dos resultados obtidos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de consumidores e não consumidores em relação aos níveis de inteligência emocional ($p > 0.05$). Neste sentido não nos é possível afirmar que baixos níveis de inteligência emocional estejam diretamente relacionados com o consumo de substâncias. Apesar da existência de níveis superiores de inteligência emocional no grupo de consumidores, tendo em conta as médias, não existem diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação causa efeito.

Quadro 2 – Teste de Mann Whitney-U para comparação entre grupos em relação aos níveis de IE (n=60)

	<i>Grupo experimental posição média</i>	<i>Grupo de controlo posição média</i>	<i>Z</i>	<i>A</i>
Comparação dos níveis de inteligência emocional nos grupos	27.53	33.47	-1.34	.19

Hipótese 2 – espera-se que existam diferenças significativas entre consumidores e não consumidores no que diz respeito aos níveis de alexitimia, prevendo-se que os primeiros apresentem valores mais elevados.

Relativamente à variável alexitimia, obtida através da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), começamos por determinar a sua prevalência, a qual foi analisada segundo os pontos de corte propostos pelos autores: resultados iguais ou superiores a 61 os indivíduos são definidos como indivíduos alexitímicos, e resultados iguais ou inferiores a 51, os indivíduos são classificados como não alexitímicos. Os indivíduos com resultados entre 52 e 60 encontram-se na zona fronteira, os quais não são incluídos na divisão efetuada (Prazeres Parker 81 Taylor, 2004). No nosso estudo verificamos que 13 indivíduos se encontram na zona intermédia, dos quais 4 pertencem ao grupo de consumidores e os outros 9 ao grupo de controlo. Podemos verificar que 17 dos participantes do grupo de controlo possuem características alexitímicas face a 26 participantes com características alexitímicas no grupo experimental, sendo os restantes 4 pertencentes ao grupo que não possui características

alexitimicas. Podemos ainda verificar que relativamente às médias da escala total os sujeitos consumidores apresentam níveis superiores de alexitimia, como se pode observar no quadro 3.

Quadro 3 – Médias e desvios-padrão de alexitimia no grupo de consumidores e não consumidores (N=60)

<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Experimental	30	67.23	10.16
Controlo	30	54.67	9.18

Os dados obtidos indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão da alexitimia entre grupo de controlo e grupo experimental ($Z = -4,439$, $p < .05$), indicando que o consumo de substâncias determina maiores valores de alexitimia, sendo as médias do total da escala de alexitimia de Toronto superiores no grupo experimental. Assim, isto indica que sujeitos consumidores apresentam níveis mais elevados nesta dimensão do que sujeitos não consumidores.

Deste modo, a análise dos resultados obtidos através do teste de Mann Whitney revela que as pessoas com perturbação de dependência de substâncias indicaram valores mais elevados de alexitimia, em comparação com o grupo de pessoas não consumidoras de substâncias alteradoras.

Quadro 4 – Resultados Teste Mann Whitney-U para comparação entre grupos em relação aos níveis médios de alexitimia (N=60)

	<i>Grupo experimental posição média</i>	<i>Grupo de controlo posição média</i>	<i>Z</i>	<i>A</i>
Comparação dos níveis de alexitimia nos grupos	40.5	20.5	-4.44	.00

Hipótese 3 - Espera-se uma relação negativa e significativa entre o grau de envolvimento com drogas e os níveis de inteligência emocional.

Os resultados, obtidos através da realização do teste de *spearman*, apesar de indicar uma correlação negativa entre uma e outra variável, não nos permite tirar conclusões definitivas pois os resultados não são estatisticamente significativos.

No quadro 5 estão registados os resultados das correlações obtidas entre inteligência emocional e o grau de gravidade da dependência. Assim, nas correlações analisadas obteve-se um resultado negativo mas não significativo entre a severidade da dependência e os níveis de inteligência emocional ($\rho = -.176$, $p > 0.05$). Neste sentido não podemos afirmar que para uma pontuação mais baixa na escala de inteligência emocional correspondeu uma maior gravidade na problemática das toxicodependências.

Os resultados indicam que a gravidade da dependência do consumo de substâncias se correlaciona negativamente com os níveis de inteligência emocional mas não de forma significativa. Deste modo, os dados obtidos comprovam parcialmente a hipótese 3, apontando para uma associação entre o nível de gravidade dos consumos e os níveis de inteligência emocional, mas não de forma significativa.

Quadro 5- Correlações de Spearman entre o grau de severidade da dependência e os níveis de inteligência emocional (n=30)

	<i>Total Dast</i>	<i>Total EIS</i>
<i>Total Dast</i>	---	-.176
<i>Total EIS</i>	-.176	---

Hipótese 4 - Espere-se uma relação positiva e significativa entre o grau de envolvimento com drogas e os níveis de alexitimia.

Tendo em vista analisar a relação entre o grau de envolvimento com drogas e a alexitimia utilizamos o coeficiente de correlação de *sperman*. No quadro 6 encontram-se registados os resultados das correlações obtidas entre alexitimia e o grau de gravidade da dependência.

Quadro 6 - Correlações de Spearman entre o grau de severidade da dependência e os níveis de alexitimia (n=30)

	<i>Total Dast</i>	<i>Total TAS</i>
<i>Total Dast</i>	---	.26
<i>Total TAS</i>	.26	---

Nas correlações analisadas obteve-se um resultado positivo mas não significativo entre a severidade da dependência e os níveis de alexitimia ($\rho = .026$, $p > 0.05$). Assim, não de forma conclusiva, podemos induzir que para uma pontuação mais elevada na escala de alexitimia correspondeu também uma maior gravidade na problemática das toxicodependências, apesar de os resultados não serem significativos. Os resultados indicam que a gravidade da dependência do consumo de substâncias se relaciona positivamente com níveis superiores de alexitimia, não sendo uma correlação significativa que nos permita generalizar. Deste modo, os dados obtidos não comprovam parcialmente a hipótese 4, apontando uma associação positiva entre as duas variáveis, gravidade de consumos e alexitimia, mas não significativa.

6.2 Análises Exploratórias

Pretendemos, através das análises exploratórias, investigar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, níveis de escolaridade e situação laboral) com as variáveis clínicas (inteligência emocional, alexitimia e gravidade da dependência).

- Relação entre idade, escolaridade, estado civil e situação laboral com os níveis de inteligência emocional

Os dados demonstram que não existe uma relação significativa entre os níveis de inteligência emocional e a idade ($p > 0.05$). Para além da relação entre inteligência emocional e o estatuto ocupacional, os dados também demonstram não ser estatisticamente significativos ($p > 0.05$), bem como no que diz respeito ao estado civil ($p > 0.05$), ou seja, não pode dizer-se que a idade, o estatuto profissional e o estado civil influenciem positiva ou negativamente os níveis de inteligência emocional. Por sua vez, os níveis de escolaridade no que diz respeito à inteligência emocional revelam uma correlação positiva estatisticamente significativa (p

<0.05). Foi ainda analisada a influência das variáveis sociodemográficas nos níveis de inteligência emocional nos dois grupos em separado não se obtendo resultados significativos (quadro 7).

Quadro 7 – Resultados teste de Spearman de relação entre variáveis sociodemográficas e inteligência emocional (N=60)

	<i>EIS</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Estatuto ocupacional</i>
EIS	---				
Idade	.046	---			
Escolaridade	.299*	-.410**	---		
Estado civil	.067	-.436**	-.257	---	
Estatuto ocupacional	.216	-.04	.286	.037	---

** p <0.01 *p <0.05

- Relação entre idade, escolaridade, estado civil e situação laboral com os níveis da alexitimia

Os dados demonstram que não existe uma relação significativa entre os níveis de alexitimia e a idade ($p > 0.05$). Para a relação entre alexitimia e escolaridade os dados também demonstram não ser estatisticamente significativos ($p > 0.01$), bem como no que diz respeito ao estado civil ($p > 0.05$), ou seja, não pode dizer-se que a idade, escolaridade e o estado civil e estatuto ocupacional influenciem positiva ou negativamente os níveis de alexitimia (Quadro 8).

Quadro 8 – Resultados teste de Spearman de relação entre variáveis sociodemográficas e alexitimia (N=60)

	<i>TAS</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Estatuto ocupacional</i>
TAS	---				
Idade	-.075	---			
Escolaridade	-.383**	-.410**	---		
Estado civil	-.008	.436**	-.252	---	
Estatuto ocupacional	-.321*	-.004	.027	.037	---

** p <0.01 *p <0.05

- Relação entre idade, escolaridade, estado civil e situação laboral com os níveis de severidade da dependência

Os resultados dos testes evidenciam que o efeito de nenhuma das variáveis é significativo no grau de envolvimento com drogas ($p > 0.05$). Assim não se verificaram efeitos de interação significativos com o grau de dependência com drogas (quadro 9).

Quadro 9 – Resultados teste de Spearman de relação entre variáveis sociodemográficas e o grau de dependência de substâncias (n=30)

	<i>DAST</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Estatuto ocupacional</i>
DAST	---				
Idade	-.136	---			
Escolaridade	-.127	-.360	---		
Estado civil	-.136	.154	-.243	---	
Estatuto ocupacional	-.242	.061	.282	.039	---

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

7. Discussão de resultados

Após a apresentação de resultados, passaremos à sua discussão e apreciação crítica, tendo em como referencia a análise teórica do tema desenvolvido no início deste trabalho. Por questões de organização, passaremos a discutir os resultados de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior começando pela discussão das hipóteses, seguida das análises exploratórias e por fim as conclusões e limitações do estudo.

Teste de hipóteses

Hipótese 1 - Espera-se que existam diferenças significativas entre consumidores e não consumidores no que diz respeito aos níveis de inteligência emocional, prevendo-se que os primeiros apresentem valores menos elevados.

Na primeira hipótese previa-se que existissem menores níveis de inteligência emocional em consumidores de substâncias em comparação com o grupo de não consumidores. Esta hipótese não foi confirmada, sendo que os dados do presente estudo indicam níveis superiores de inteligência emocional nos sujeitos não consumidores mas essas diferenças não são estatisticamente significativas. Estes resultados devem ter em conta as variáveis que possam ter influenciado o grupo de consumidores, que se encontram descritas nas limitações de estudo uma dependência no final deste trabalho.

Como foi anteriormente descrito qualquer ser humano possui a estrutura emocional necessária, para que dadas as condições favoráveis desenvolvam um vício ou uma dependência química (Aquino, 1998), e que com o passar do tempo existe uma grande variedade de fatores que contribuem para que a pessoa se torne dependente de drogas (Beck, Whighr, Newman, & Liese, 2000), sendo que esta vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver ou não a dependência, está relacionada com uma serie de fatores de ordem biológica psicológica e social. Goleman se outros pesquisadores (1997) reconheceram que as pessoas com menor inteligência emocional tem um maior risco de uso e abuso de substâncias. Isto porque, indivíduos que não possuem defesas de enfrentamento para fortes emoções negativas tendem a automedicar-se, assim um baixo controlo dos impulsos e a saúde mental débil muitas vezes transportam as pessoas a fazerem escolhas prejudiciais, tais como o uso de substâncias e outros tipos de comportamentos destrutivos.

Assim, os resultados obtidos podem não ser significativos, apesar de as médias indicarem níveis superiores em sujeitos não consumidores, por diversos fatores como a desabilidade social, a vontade de eliminar preconceitos e ideias pré concebidas sobre as toxicodependências, bem como também deve ser tido em conta o reduzido número da amostra.

Assim, num número superior de sujeitos, estes fatores talvez não tivessem tanto impacto nos resultados finais, prevendo-se que os resultados da ligação entre a inteligência emocional e os consumos de substâncias se revelassem significativos.

Desta forma, apesar dos resultados não se serem significativos, através da revisão bibliográfica elaborada pode-se portanto, considerar a inteligência emocional como um fator protetor contra a dependência de substâncias, isto porque elevados níveis de inteligência emocional auxiliam a orientação do comportamento, na capacidade de tolerância ao *stress* e às frustrações, à assertividade e a resolução de problemas de forma adaptativa.

Hipótese 2 – Espera-se que existam diferenças significativas entre consumidores e não consumidores no que diz respeito aos níveis de Alexitimia, prevendo-se que os primeiros apresentem valores mais elevados.

Nesta segunda hipótese previa-se que existissem maiores níveis de alexitimia em consumidores de substâncias em comparação com o grupo de não consumidores. Esta hipótese foi confirmada, sendo que os dados do estudo indicam diferenças estatisticamente significativas em relação aos dois grupos nos níveis de alexitimia, fato realçado pela análise das médias dos dois grupos, observando-se uma diferença relativamente superior nos indivíduos consumidores. Assim dentro deste âmbito confirmou-se a hipótese levantada inicialmente. Os resultados deste estudo são análogos aos resultados de El Ratsheed (2001) Pinard (1996), Uzun (2003), Thorberg (2009), Bogby e col. (1994), Gomez e col. (1997) e Cleland e col.(2005). A explicação para este facto após revisão da literatura parece indicar que a alexitimia constitui um elemento chave na regulação emocional e constituiu um fator etiológico na perturbação de abuso/dependência de substâncias.

Com foi referido já em 1936, Freud, considerava o papel das emoções no desenvolvimento da dependência de substâncias psicotrópicas, propondo que estas operam como tentativa de o sujeito se afastar de um ambiente assustador, de dor ou decepção (Freud, 1930, cit in Kun & Demetrovics,2010). Sendo que analogamente Mcdougall em 1984, sublinhou a importância de emoções no caso de pessoas com transtornos aditivos, identificando o uso de substâncias como uma forma compulsiva de canalizar essas emoções, sendo que as pessoas com transtornos aditivos, identificando o uso de substâncias como uma forma compulsiva de canalizar estas emoções, sendo que as pessoas caracterizadas por tendências agressivas em que as emoções extravasam e possuem reduzidas capacidades de gestão de *stress* tem tendência a escolher opiáceos, por sua vez os sujeitos caracterizados por agressão reprimida, sentimentos de vazio, e com tendência à depressão autoavaliação, e dificuldades com a expressão de emoções preferem drogas estimulantes. Assim, pode dizer-se que as pessoas que recorrem ao uso de drogas alteradoras tem como objetivo a prevenção dos estados emocionais indesejados, que eles tentam atenuar com o uso deste tipo de substâncias, e que estão diretamente interligados com a alexitimia. Parece que a alexitimia é uma característica fixa, intrapessoal entre algumas pessoas (Pinard et al.1996).

Embora não seja fácil tirar conclusões causais neste caso pela reduzida dimensão da amostra, pode concluir-se que a alexitimia é um fator muito influente na explicação da

perturbação de abuso e dependência de substâncias. De fato, tem sido apontado que a alexitimia está envolvida em distúrbios alimentares, transtornos de pânico, e sendo também uma característica comum em indivíduos com grave abuso de substâncias (Lumley, 2000, Sifneos, 1996, cit in Handelsman et al. 2000)

Alem disso, estudos recentes identificarão camadas nervosas envolvidas no stresse emocional em dependentes de substâncias, sendo a alexitimia um potencial fator de risco para a perturbação de abuso de substâncias. Outros estudos também revelam como a alexitimia pode alterar respostas dependentes de substâncias, sendo este fator implicado na perturbação de substâncias (Li & Sinha, 2006)

Hipótese 3 - Espera-se uma relação negativa significativa entre o grau de envolvimento com drogas e os níveis de inteligência emocional.

Ao contrário do esperado, não obtivemos diferença estatisticamente significativas na correlação entre o grau de severidade da dependência e os níveis de inteligência emocional, contudo a correlação foi negativa. Na revisão da literatura não são mencionados estudos neste domínio.

Hipótese 4 – Espera-se uma relação positiva significativa entre o grau de envolvimento com drogas e os níveis de alexitimia.

Assim como na hipótese anterior e ao contrário do esperado não obtivemos diferenças significativas na correlação entre o grau de severidade da dependência e os níveis de alexitimia., contudo pode ver-se que a alexitimia e o grau de gravidade da dependência se correlacionam positivamente. Na revisão de literatura que fizemos, os trabalhos revistos sugerem que a alexitimia, embora não se relacione com gravidade dos quadros de dependência no início do tratamento para dependentes de drogas, tende a agravar o seu prognóstico, diminuindo o período subsequente da abstinência, ou seja, os níveis de alexitimia podem ter uma causalidade direta com a gravidade da dependência e o sucesso do tratamento, sendo assim um preditor importante que deve ser tido em conta no início de um tratamento de reabilitação da toxicodependência.

Análises exploratórias

Pretendíamos investigar o efeito das variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil e situação laboral) nas variáveis clínicas (alexitimia, inteligência emocional e grau de dependência de substâncias).

Apenas foram encontradas correlações significativas entre a inteligência emocional e os níveis de escolaridade, sendo esta uma relação positiva. Deste modo, podemos dizer que quantos maiores os níveis de escolaridade maiores os níveis de inteligência emocional. Assim o nível de escolaridade de cada sujeito parece estar relacionado com os seus níveis de inteligência emocional. Por sua vez correlaciona-se positivamente com o estatuto ocupacional de cada sujeito, assim que o estatuto ocupacional do sujeito se encontra diretamente relacionado com os níveis alexitimia, sendo que os sujeitos sem ocupação profissional apresentam maiores níveis de alexitimia. A literatura consultada não faz referência a esta relação, não existem estudos acerca do estatuto ocupacional do sujeito ter uma influência direta no desenvolvimento de alexitimia

Conclusões e implicações para o futuro

Este trabalho tinha como finalidade investigar a relação entre alguns fatores psicológicos entre consumidores e não consumidores de substâncias, nomeadamente no que diz respeito aos níveis de inteligência emocional e a alexitimia, relacionando-os com o grau de severidade da dependência de substâncias. O presente estudo confirmou algumas das hipóteses levantadas inicialmente. Para tal contribuíram tanto os fundamentos teóricos recolhidos como os dados empíricos confirmativos decorrentes da recolha.

Os resultados obtidos ao nível da alexitimia em dependentes e não dependentes indicam a existência de uma relação significativa ($p < 0.05$) entre o uso de substâncias psicoativas e o constructo da alexitimia. No entanto, os resultados obtidos através das correlações entre alexitimia e as variáveis sociodemográficas indicam que esta relação não está diretamente relacionada com as características sociodemográficas dos sujeitos ou pelo grau de dependência ($p > 0.05$). Desta forma, os resultados parecem indicar que a relação entre a alexitimia e o uso de substâncias psicoativas é anterior ao início dos consumos. Ou seja, a alexitimia não parece ser uma consequência direta do consumo de substâncias mas sim um fator de risco para a dependência.

Por sua vez, os resultados obtidos ao nível de inteligência emocional em dependentes e não dependentes não indicam a existência de uma relação significativa ($p > 0.05$) entre o uso de substâncias psicoativas e o constructo de inteligência emocional. No entanto, verificou-se uma média superior de inteligência emocional em não consumidores, mas não nos permite confirmar a hipótese inicial. Os resultados obtidos através das correlações entre inteligência emocional e as variáveis sociodemográficas, apenas se correlacionam positivamente com os níveis de escolaridade ($p < 0.05$). Desta forma, e analogamente aos resultados da alexitimia, não se verificou uma relação significativa entre o grau de dependência de substâncias e a variável de inteligência emocional, ao contrário do esperado inicialmente.

Em conclusão, verifica-se que, apesar de haver uma forte evidência da presença de características alexitimicas em dependentes de substâncias, não é totalmente claro se essas dificuldades emocionais estão associadas a diferentes graus de gravidade da dependência. Quanto à variável da inteligência emocional, apesar da existência de fortes indícios de alguns défices nesta área não nos é possível afirmar que estejam diretamente relacionados com o consumo de substâncias e com o grau de severidade dos consumos. Nesse sentido, este estudo visou dar um contributo para a compreensão das dificuldades de regulação emocional na dependência de substâncias, incidindo especialmente na análise das diferentes dimensões da alexitimia e da inteligência emocional que poderão exercer influência no seu início e na manutenção do problema.

Os resultados do presente estudo reforçam a perspetiva de que a dependência de substâncias não está apenas circunscrita a padrões comportamentais e à dependência fisiológica, mas tem no seu foco as dificuldades ao nível do funcionamento afetivo. Neste sentido, em termos de intervenção psicológica, salienta-se a necessidade de uma intervenção orientada para a regulação de emoções, no tratamento desta patologia.

Relativamente a trabalhos futuros, sublinha-se a importância de se prosseguirem estudos que relacionem questões relacionadas com a regulação emocional, mas também, que de uma perspetiva positiva, se possam desenvolver estudos que apontem para novas formas de intervenção e prevenção de consumos. Estes aspetos têm implicações práticas e clínicas, sugerindo-se que as linhas de trabalho a se desenvolver em sujeitos com problemáticas de toxicodependência, deverão ser linhas de promoção do desenvolvimento emocional com o respetivo processo de amadurecimento da personalidade e do tipo de mecanismos de defesa utilizados. Será importante também apostar no estudo no sentido positivo, da identificação do que funciona, isto é, dos mecanismos de defesa inversamente correlacionados com as emoções e a toxicodependência.

Tendo em conta as limitações referidas, consideramos que investigações futuras deveriam dar continuidade ao estudo destas dimensões emocionais, através de estudos longitudinais e com amostras mais alargadas, que envolvessem ambos os géneros, em diferentes fases da dependência. Os estudos longitudinais poderiam contribuir para uma maior compreensão do papel desempenhado pela alexitimia e da inteligência emocional na manutenção da dependência e dos processos de recaída, o que teria importantes implicações terapêuticas.

Esperamos com este trabalho, contribuir para o conhecimento das variáveis intervenientes no decurso do uso e na dependência de substâncias, e sensibilizando os profissionais envolvidos nesta área para uma abordagem mais focalizada a este nível, quer ao nível da prevenção quer do tratamento. A perturbação quer de uso quer de dependência de substâncias pode causar problemas quer para o indivíduo quer para as pessoas que o rodeiam, e embora saibamos que esta perturbação é resultado de interações de vários fatores, é necessário aprofundar quais os fatores envolvidos para que os sujeitos possam desenvolver personalidades equilibradas e dinâmicas.

Em conclusão, os resultados deste estudo permitem-nos reconhecer a importância da intervenção psicossocial sobre a dependência de substâncias, pois tem como premissa básica de que o consumo de substâncias é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por certas emoções e situações, que requer a modificação de crenças disfuncionais, entre outras (Ferreira-Borges & Filho, 2004). Portanto, um conhecimento consistente e abrangente sobre a dependência e as variáveis que lhe dão suporte, pode contribuir principalmente para implementar programas de prevenção e tratamento mais eficazes. Só desta parceria, poderão surgir objetivos comuns e exequíveis, que facilitarão as mudanças necessárias à manutenção da abstinência do sujeito dependente.

Limitações

A leitura do trabalho deve ter em conta as suas limitações. Neste sentido destacam-se, em primeiro lugar o número reduzido da amostra, devido à dificuldade da participação dos consumidores, bem como o fato da amostra ter sido apenas recolhida numa área circunscrita, zona de Braga, obriga a uma leitura cuidadosa dos resultados. Outra das limitações que pode ser ressalvada está relacionada com o local de recolha de dados, visto ser uma equipa de rua e centro de acolhimento, e apesar de os sujeitos estarem inscritos no programa de metadona, não é possível ter controlo sobre os consumos, assim é necessário ter em conta que os sujeitos

poderiam estar sob o efeito de substâncias alteradoras, o que pode de certa forma influenciar as suas respostas. Outra das limitações pode estar relacionada com o fato de os resultados serem baseados exclusivamente em questionários de auto resposta ou autoadministrados, nos quais determinados fatores, como por exemplo, a desejabilidade social, poderão enviesar estes mesmos resultados, bem como o fato de se tratar de um estudo transversal, o que leva a que não seja possível retirar conclusões sobre possíveis relações causa-efeito entre as variáveis em estudo.

Ao nível dos instrumentos, o baixo valor de alfa dos fatores da escala TAS impediu a utilização de todos os itens da escala, tendo sido retirados o item 4 e 19 de forma a aumentar a consistência interna da escala.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª edição, texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aquino, J. (1998). *Drogas nas escolas: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus Editorial.
- Bar-On, R. (2002). Inteligência social e emocional: Visões do emotional quotient inventory (R. C. Costa, Tradução). Em R. Bar-On & J. D. A. Parker (Orgs.), *Manual de inteligência emocional: Teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho* (pp. 266-283). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2000)
- Bar-On, R. & Parker, J. D. A. (2002). *Manual de Inteligência Emocional – Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Artmed: Porto Alegre (Brasil).
- Baughman, H. M., Schwartz, S., Aitken Schermer, J., Veselka, L., Petrides, K. V. & Vernon, P. A. (2011). A behavioral-genetic study of alexithymia and its relationships with trait emotional intelligence. *Twin Research and Human Genetics*, 14, 6, 539–543.
- Beck, A., Whight, F., Newman, C., & Liese, B. (2000). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Besharat, M., Rostami, R., Pourhosein, R., & Mirzamani, M. (2006). Assessing Reliability and Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in a Sample of Opioid Substance Use Disordered Patients. *Iran Journal Psychiatry*, 1, pp. 133-139.
- Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: Um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 279-291.
- Carneiro, B., & Yoshida, E. (Jan-Mar de 2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, pp. 103-108.
- Cervila, G. R. C (1999) - *Fundamentos biológicos em psiquiatria*. Barcelona: Masson

- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of The Toronto Alexithymia – Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of psycho somatic research*. Vol 58. Pg 299 – 306.
- Dawda, D. & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance Abuse*, 22, 11 – 21.
- Espina, E., Cabezón, M., Apellaniz, I., Méndez, A., (2001). Alexitimia, família y transtornos alimentários. *Anales de Psicologia*, 17 (1), pp. 139-149.
- Fernandes, N. & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática.*, Vol.3, nº2
- Fernandez, V. M., (1999). Alexitimia. *Revista Elementos*, (35), pp. 25-27.: 97-115
- Ferreira- Borges, C. e Filho, H.C. *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependências*. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2004.
- Fonte, C. (2007). O consumo de drogas e os comportamentos aditivos: alguns modelos teórico-explicativos. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, pp. 238-250.
- Gago, J., & Neto, D. (2001). Alexitimia e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7, pp. 19-22.
- Goleman, D. (1996). Inteligência emocional (M. Santarrita, Tradução). Rio de Janeiro, RJ: Objetiva
- Li, C. R., Sinha, R. (March 2006). Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women. *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 31 (2): 115–121.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Temas e debates: Lisboa.

- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Temas e debates: Lisboa.
- Hamidia, S., Rostami, R., Farhoodic, F., & Abdolmanafid, A. (2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, pp. 1367-1370.
- Haviland, M., & Reise, S. (1996a). A California Q-set Alexithymia Prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 597-608.
- IDT, I. (2010). Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. *Instituto da Droga e da Toxicodependência*, I. P.: Lisboa.
- Junior, A., & Noronha, A. (2007). Inteligência emocional e provas de raciocínio: um estudo correlacional. *Psicologia Reflexão Crítica*, 20.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7o edição. Porto Alegre: ArtMed.
- Koob, G.F.; Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual review of psychology*, v.59, p. 29-53
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 45, pp. 1131-1160.
- Larsen, J., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 533- 541.
- Macrae, E. (2001). *Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos*. In S. D.Seibel & A. Toscano (Orgs.), *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu
- Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets stadards for an intelligence. *Intelligence*, 27, pp. 267-298

- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1995). Emotional Intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied & Preventive Psychology* 4, pp. 197-208.
- Miguel, F., Bueno, J., Noronha, A., Couto, G., Primi, R., & Muniz, M. (2010). Alexitimia e inteligência emocional: estudo correlacional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12, pp. 52-65.
- Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente. ("Alcoolismo e Toxicomanias Modernas")*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Murad, José Elias (1998). *Drogas: o que é preciso saber*. Belo Horizonte. Editora Lê
- Neto, D., Torres, N. (2001). "Tratamento combinado e por etapas de dependentes químicos" in Torres, N; Ribeiro, J. P. (Editores) *A Pedra e o Charco. Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Lisboa: Iman
- Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a revisão São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- Otero, J. (1999). Alexitimia: una revisión. *Revista de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatria*. 27: 587-596
- Páez, D., Velasco, C., & González, J.L. (1999). Expressive writing and the role of alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 630-642.
- Pedinielli, J.; Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymia et son intérêt en psychosomatique. *Encycl MédChir, Psychiatrie*, 37, 400, 20.
- Pinard, L., Negrete, J.C., Annable, L., & Audet, N. (1996). Alexithymia in substance abusers: Persistence and correlates of variance. *American Journal of Addictions*, 5, 32-39.

- Poiares, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista toxicodependências*, pp. 3-12.
- Prazeres, J.; Parker, D.; Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *Revista oficial de la asociación Iberoamericana de Diagnóstico e Evaluación Psicológica*, 9 (1), 10-19.
- Queroz, N., & Neri, A. (2005). Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, pp. 292-299.
- Rangé, B., & Marlatt, G. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2008, 88-95.
- Rosa, A., Gomes, J., & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência. Arte de cuidar*. Formasau. Coimbra.
- Roberts, R. D; Mendoza, C. E., & Nascimento, E. (2002). Inteligência Emocional: Um Constructo Científico? *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 12 (23), 77-92.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, pp. 185-211.
- Santa Catarina (2002). Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. *Viver livre das drogas: política preventiva*. Florianópolis
- Saklofske, D. H., Austin, E. J. & Minski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 1091-1100.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence, *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Seibel, S. & Toscano Jr, (2001). *A Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Sengupta, A. & Giri, V. N. (2009). Alexithymia and managerial styles: Implications in Indian organizations. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 71-77.

- Sifneos, P.E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 270-285.
- Silva, J. (2002). Viver livre das drogas: política de educação preventiva. Florianópolis.
- Siqueira, M., Barbosa, N., & Alves, M. (1999). Construção e Validação Fatorial de uma Medida de Inteligência Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, pp. 143-152.
- Souto, M. (2000). A Alexitimia e a dependência de drogas: Os Sentimentos, o discurso e as drogas. Dissertação de mestrado não publicada. Porto: Universidade do Porto.
- Sullivan, R., & Hagen, E. (1997). Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation? *Addiction*, pp. 389–400.
- Taylor, G. (1988). Criterion validity of Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, pp. 500-509.
- Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychother and Psychosom* 73: 68-77.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Taylor G, Bagby R, Parker J. (1997) *Disorders of affect regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press
- Teixeira, J.A.C.; Barros S.; Lobo, S.; Trindade I. Alexitimia, saúde e doença: estudo exploratório da Alexitimia em sujeitos com doença crônica. *Revista Análise Psicológica*, v.3, n.14, p.305-312, 1996.
- Thingujam, N. (2008). Emotional Intelligence: Does it Make Sense in Clinical Psychology? *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, pp. 25-33.
- Thompson, J. (2009). *Emotionally Dumb: An Overview of Alexithymia*. Soul Books.
- Thorberg, F. A. , Young, R. M. , Sullivan, K.A. & Lyvers, M. (2009)). Alexithymia and alcohol use disorder: A critical review. *Addictive Behaviors*. Vol 34.pg 237 – 245.

- UNODC, U. (2010). *World Drug Report 2010*. Vienna: United Nations Publication Sales.
- Uzun, O. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44,. 349–352.
- Verdejo-García, A., Pérez-García, M., & Bechara, A. (2006). Emotion, Decision-Making and Substance Dependence: A Somatic-Marker Model of Addiction. *Current Neuropsychopharmacology*, 4 (1): 17-31.
- Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens. Adaptação linguística, validação semântica e estudo de fiabilidade. *Ata Médica Portuguesa*, 14.
- Veríssimo, R. (2003). Inteligência Emocional: da Alexitimia ao Controlo Emocional. *Ata Médica Portuguesa* volume 16 n.º 6, Novembro/Dezembro, 407-411.
- Veríssimo, R. (2005). Inteligência emocional, apoio social e regulação afetiva. *Ata Médica Portuguesa*, 18, pp. 345-352.
- World Health Organization. Amphetamine-type stimulants. Geneve: OMS; 1997
- Yoshida, E. (2006). Validade de critério da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS para população clínica. *Avaliação Psicológica*, 5, pp. 235-238.
- Yudko, E., Lozhkina, O., & Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, pp. 189-198.

Anexos

Anexo I

Pedido de autorização à instituição



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Exmo. Sr. +a) Diretor da Equipa de Rua da Cruz Vermelha

Ana Sofia Fernandes Silva, aluna da Universidade Católica portuguesa, vem por este meio solicitar a realização de um estudo aos utentes na vossa instituição no âmbito da dissertação a realizar no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Mais informa que o estudo intitulado “Regulação afetiva na toxicodependência: impacto da Inteligência emocional e Alexitimia na gravidade de adição de substâncias” que tem como objetivo conhecer que variáveis de caracterização, comportamentais e atitudinais poderão influenciar segundo a sua perceção, a sua relação com substâncias aditivas. Informa ainda que o estudo terá como orientador científico a Professora Doutora Eleonora Veiga, professora da universidade Católica Portuguesa.

A técnica utilizada para a recolha de dados será através de um questionário sendo este constituído por quatro partes distintas. Os questionários serão distribuídos e acompanhados pelo investigador de forma individual, a recolha de dados será um processo gradual de forma a não interferir no funcionamento normal da instituição. Em anexo segue um exemplar dos instrumentos para consulta prévia. Relativamente as questões éticas, todos os participantes serão devidamente informados do tipo do estudo e o seu objetivo, bem como a sua confidencialidade será preservada, não constando o nome em nenhuma parte dos questionários, sendo o preenchimento dos inquéritos totalmente anónimo, bem como que os dados serão apenas para procedimento estatístico e que ninguém será obrigado a participar. Solicita-se assim a realização do estudo a alguns utentes que recorrem à vossa instituição.

Agradeço desde já a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Ana Sofia Silva

Braga, 10 de Dezembro 2011

Anexo II



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Consentimento Informado

Eu _____

(Nome do participante), de _____ anos de idade, declaro que participo de minha livre e espontânea vontade no estudo REGULAÇÃO AFETIVA NA TOXICODEPENDENCIA: IMPACTO DA INTELIGENCIA EMOCIONAL E DA ALEXITIMIA NA GRAVIDADE DE ADIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS, que se destina à tese de mestrado do autor, e para o qual foi pedida a minha colaboração.

Foi-me explicado que a mesma consiste na resposta a alguns questionários. Não será efetuada qualquer manipulação biológica e/ou ensaio clínico com medicamentos.

Foi-me garantido o anonimato no processamento informático dos dados.

Fui informado(a) da finalidade do estudo e que não terá nenhuma implicação futura.

Dou o meu consentimento voluntário para participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

Data

Anexo III



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

REGULAÇÃO AFECTIVA NA TOXICODEPENDÊNCIA:

IMPACTO DA INTELIGENCIA EMOCIONAL E ALEXITIMIA NA GRAVIDADE DE ADIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS

Ao participante:

No âmbito da Investigação para dissertação do curso de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, decidi desenvolver um estudo de carácter exploratório sobre **REGULAÇÃO AFETIVA NA TOXICODEPENDENCIA: IMPACTO DA INTELIGENCIA EMOCIONAL E ALEXITIMIA NA GRAVIDADE DE ADIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS**. A finalidade deste estudo é conhecer as competências de Inteligência Emocional e Alexitimia na população toxicodependente e de que forma isso poderá ter influência na dependência química.

Para atingir tal finalidade, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, sendo este constituído por três partes distintas. A primeira para caracterização do participante em estudo seguida de três escalas, todas adaptadas à população portuguesa.

Para a validade e utilidade das respostas, o preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo possível do «que é/sente» e não do «que deveria ser/sentir». É importante que responda de forma atenta e sincera, pois não se trata de um teste e não conta para nota, não existindo por isso respostas corretas ou incorretas. Por favor responda a todas as perguntas, colocando uma cruz na opção escolhida.

Toda a informação recolhida através deste questionário é confidencial, não escreva o seu nome, ou algo que o identifique em parte nenhuma das folhas

Muito obrigado pela sua colaboração

Ana Sofia Silva

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Idade

_____ Anos

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra

Estatuto Conjugal

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/União de Facto
- ☐ Divorciado/Separado
- ☐ Viúvo (a)
- ☐ Outra

Habilitações Académicas

- ☐ Sem habilitações
- ☐ 1ºciclo (1ª a 4ª classe)
- ☐ 2ºciclo (5º e 6º)
- ☐ 3ºciclo (7º, 8º e 9º)
- ☐ Secundário (10º, 11º, 12º)
- ☐ Licenciatura

Estatuto Ocupacional

- ☐ Desempregado
- ☐ No ativo
- ☐ Estudante
- ☐ Reformado

Profissão _____

Consumos

- ☐ Tabaco
- ☐ Bebidas Alcoólicas
- ☐ Heroína
- ☐ Cocaína
- ☐ Haxixe
- ☐ LSD
- ☐ Anfetaminas (*Speeds*)
- ☐ Tranquilizantes (*Drunfos, Serenais*)
- ☐ Ecstasy

Tratamento

- Nº Anos de Consumo _____

Anexo IV

Alfa de Cronbach DAST

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.743	28

Anexo V

Alfa de Cronbach escala EIS

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.782	33

Anexo VI

Alfa de Cronbach escala e TAS

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.825	18*

*itens 4 e 19 eliminados

Alfa de Cronbach escala e subescalas TAS

Alfa de Cronbach subscala F2

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.855	7

Alfa de Cronbach subscala F2

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.69	4**

**item 4 eliminado

Alfa de Cronbach subscala F3

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.070	7***

***item 19 eliminado

Anexo VII

Variáveis	N	%
Idade	60	100
	o	o
Estado Civil		
✓ Solteiro	26	41,3
✓ Casado	26	41,3
✓ Divorciado	8	12,7
	o	o
Idade		
✓ Entre 20 e 30	15	23,8
✓ Entre 31 e 40	25	39,7
✓ Entre 41 e 50	14	22,2
✓ Entre 51 e 60	6	9,5
	o	o
Estado profissional		
✓ Não ativo	26	41,3
✓ Ativo	30	47,6
✓ Reformado	4	6,3
	o	o
Habilitações Literárias		
✓ Sem habilitações	3	4,8
✓ 1º Ciclo	7	11,1
✓ 2º Ciclo	17	27,0
✓ 3º Ciclo	20	31,7
✓ Secundário	9	14,3
✓ Ensino superior	4	6,3

Caracterização dos dados sociodemográficos da amostra (N =60)

Caracterização da subamostra

Variáveis	Grupo de Experimental (N = 30)		Grupo de Controlo (N =30)	
	N	%	N	%
Estado Civil				
✓ Solteiro	16	53,3	10	33,3
✓ Casado	8	26,7	12	60,0
✓ Divorciado	6	20,0	2	6,7
Idade				
✓ Entre 20 e 30	6	20,0	9	30,0
✓ Entre 31 e 40	14	46,7	11	36,7
✓ Entre 41 e 50	8	26,7	6	20,0
✓ Entre 51 e 60	2	6,7	4	13,3
Estatuto profissional				
✓ Não ativo	20	66,7	6	20
✓ Ativo	6	20,0	24	80
✓ Reformado	4	13,3	0	0
Habilitações Literárias				
✓ Sem habilitações	3	10,0	0	0
✓ 1º Ciclo	5	16,7	2	6,7
✓ 2º Ciclo	12	40,0	5	16,7
✓ 3º Ciclo	8	26,7	12	40,0
✓ Secundário	2	6,7	7	23,3
✓ Ensino superior	0	0	4	13,3

Caracterização dos dados sociodemográficos da subamostras (n=30)

Anexo VIII



Psicologia Médica



Ramiro Veríssimo, MD, PhD
Faculty of Medicine University of Porto
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 PORTO / Portugal



+ 351 22 551 3672 x 5764



+ 351 22 551 3673

Assunto: Acordo de utilização de teste

Este acordo é celebrado aos 15 de Dezembro de 2011, entre Ramiro Filipe B. Veríssimo, MD, PhD (autorizante) e Ana Sofia Silva (autorizado/a).

O autorizante é autor da versão traduzida e adaptada para a língua Portuguesa do teste psicológico conhecido como Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20), o “Teste”, e exprime conceder licença sem carácter exclusivo para utilização do Teste nos termos e condições aqui seguidamente estabelecidos.

1. O/a autorizado/a aceita colocar o melhor dos seus conhecimentos e aptidões ao serviço da utilização do Teste e facultar ao autorizante acesso aos dados recolhidos, designadamente através de uma cópia electrónica dos mesmos, mediante a qual lhe serão devolvidas pela mesma via as pontuações finais. Neste mesmo contexto, caso tal lhe seja solicitado, prestar-se-á a ceder fotocópias de todos os dados brutos, incluindo elementos de caracterização clínica e/ou demográfica elementar referidos a cada sujeito entrevistado.
2. A autorização escrita para utilização do Teste, concedida nos termos deste acordo, limita-se exclusivamente à investigação ou trabalho clínico em curso conforme especificado pelo autorizado/a e por cuja condução ele/ela assume ser responsável. Neste contexto não deverá o questionário ser tomado acessível a outros investigadores sem autorização expressa do autor nesse sentido.
3. Da utilização do teste durante o estudo em curso não haverá lugar ao pagamento de quaisquer propinas.
4. O/a autorizado/a aceita que em todas as reproduções do Teste, o seu nome = Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20) = conste de modo evidenciado no topo da primeira página. O/a autorizado/a mais concorda que em todas as reproduções do Teste deve constar igualmente no rodapé da primeira página, de modo legível, o nome dos autores do original conforme resulta do seu copyright, bem assim como o nome do autorizador enquanto autor da tradução/adaptação em língua portuguesa, conforme segue: “(c) Taylor, Bagby & Parker, 1994 // trad. adapt. Ramiro Veríssimo, 1995”.
5. O/a autorizado/a compromete-se a não efectuar quaisquer modificações substantivas na forma do Teste sem autorização escrita do autorizador, bem assim como a não introduzir alterações linguísticas no texto dos itens ou das instruções escritas.
6. O/a autorizado/a reconhece que não pode vender ou de algum modo dar azo a venda, aluguer, empréstimo ou distribuição gratuita, ou a qualquer outra forma de distribuição de cópias do Teste, reconhecendo que aceita os termos de concessão de utilização no âmbito do presente acordo segundo os quais o seu uso se limita unicamente ao trabalho vertente do/a autorizado/a.
7. Da violação dos termos do presente acordo resulta a imediata cessação do mesmo com consequente retirada da autorização expressa para utilização do Teste.

(O/a autorizado/a)

Ana Sofia Silva
(A testemunha)

(O autorizante)

Ramiro Veríssimo
Prof. Doutor Ramiro Veríssimo



Psicologia Médica



Ramiro Veríssimo, MD, PhD
Faculty of Medicine University of Porto
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 PORTO / Portugal



+ 351 22 551 3672 x 5764



+ 351 22 551 3673

Assunto: Acordo de utilização de teste

Este acordo é celebrado aos 15 de Dezembro de 2011, entre Ramiro Filipe B. Veríssimo, MD, PhD (autorizante) e Ana Sofia Silva (autorizado/a).

O autorizante é autor da versão traduzida e adaptada para a língua Portuguesa do teste psicológico conhecido como Escala de Inteligência Emocional (EIS),

o "Teste", e exprime conceder licença sem carácter exclusivo para utilização do Teste nos termos e condições aqui seguidamente estabelecidos.

1. O/a autorizado/a aceita colocar o melhor dos seus conhecimentos e aptidões ao serviço da utilização do Teste e facultar ao autorizante acesso aos dados recolhidos, designadamente através de uma cópia electrónica dos mesmos, mediante a qual lhe serão devolvidas pela mesma via as pontuações finais. Neste mesmo contexto, caso tal lhe seja solicitado, prestar-se-á a ceder fotocópias de todos os dados brutos, incluindo elementos de caracterização clínica e/ou demográfica elementar referidos a cada sujeito entrevistado.
2. A autorização escrita para utilização do Teste, concedida nos termos deste acordo, limita-se exclusivamente à investigação ou trabalho clínico em curso conforme especificado pelo autorizado/a e por cuja condução ele/ela assume ser responsável. Neste contexto não deverá o questionário ser tomado acessível a outros investigadores sem autorização expressa do autor nesse sentido.
3. Da utilização do teste durante o estudo em curso não haverá lugar ao pagamento de quaisquer propinas.
4. O/a autorizado/a aceita que em todas as reproduções do Teste, o seu nome = Escala de Inteligência Emocional (EIS) = conste de modo evidenciado no topo da primeira página. O/a autorizado/a mais concorda que em todas as reproduções do Teste deve constar igualmente no rodapé da primeira página, de modo legível, o nome dos autores do original conforme resulta do seu copyright, bem assim como o o nome do autorizador enquanto autor da tradução/adaptação em língua portuguesa, conforme segue: "(c) Schutte et al, 1998 // trad. adapt. Ramiro Veríssimo, 1998."
5. O/a autorizado/a compromete-se a não efectuar quaisquer modificações substantivas na forma do Teste sem autorização escrita do autorizador, bem assim como a não introduzir alterações linguísticas no texto dos itens ou das instruções escritas.
6. O/a autorizado/a reconhece que não pode vender ou de algum modo dar azo a venda, aluguer, empréstimo ou distribuição gratuita, ou a qualquer outra forma de distribuição de cópias do Teste, reconhecendo que aceita os termos de concessão de utilização no âmbito do presente acordo segundo os quais o seu uso se limita unicamente ao trabalho vertente do/a autorizado/a.
7. Da violação dos termos do presente acordo resulta a imediata cessação do mesmo com consequente retirada da autorização expressa para utilização do Teste.

(O/a autorizado/a)

Ana Sofia Silva
(A testemunha)

(O autorizante)

Ramiro Veríssimo
Prof. Doutor Ramiro Veríssimo